

チリ国  
身体障害者リハビリテーションプロジェクト  
事前調査団報告書

平成 11 年 10 月

国際協力事業団  
医療協力部

## 序 文

チリ共和国は、弱者救済を目的とした社会福祉政策を重視し、身体障害者福祉制度の改善に努力していますが、全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病院であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所は施設・医療技術ともに立ち遅れています。

このことから、チリ共和国厚生省は当初西暦2000年を目処に新リハビリテーション病院の建設を計画し、身体障害者医療のサービスと技術の向上をめざし、身体障害者医療の充実を図ろうとしていましたが、チリ共和国の国家予算がアジア経済危機の影響で大きな打撃を受けたため、新病院の建設は据置きとなりました。

しかしながら、チリ共和国厚生省は、身体障害者医療の充実の重要性から1998年に同病院をNational Instituteに昇格させ、医療サービスとともに調査研究機能も担わせ、より総合的なリハビリテーション病院に位置づけました。

このような背景からチリ共和国政府は、将来建設が予定される新病院での活動を念頭においた身体障害者リハビリテーション対策を既存施設で実施すべく、同研究所の医療面・管理面での運営を向上させることを目的としたプロジェクト方式技術協力をわが国に要請しました。

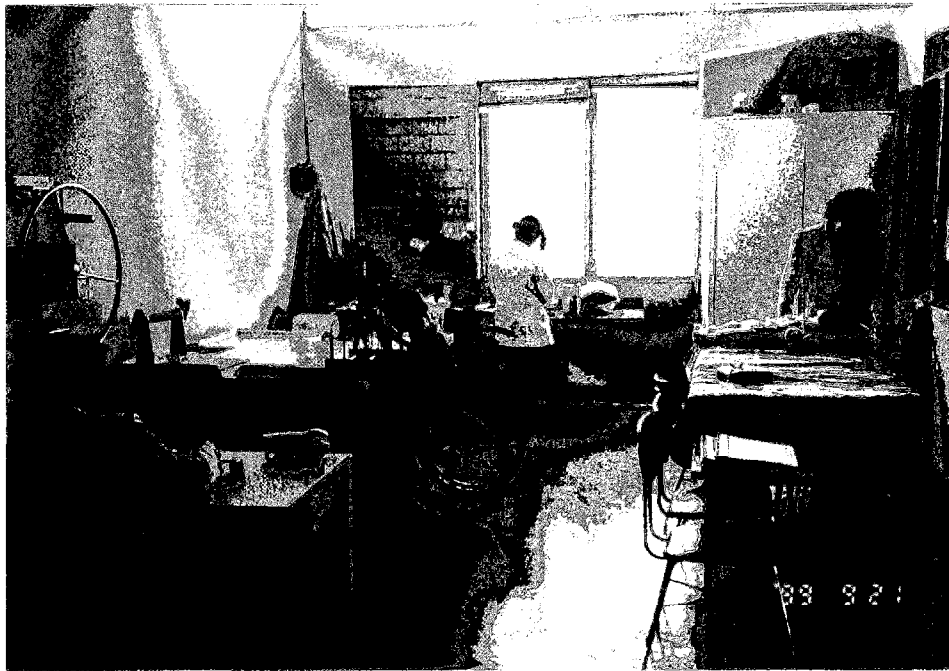
これを受け、国際協力事業団は、プロジェクト方式技術協力による身体障害者リハビリテーションプロジェクト実施の可能性について調査すべく、1999年9月18日から10月1日までの日程で国際協力事業団医療協力部医療協力第一課長橋爪章を団長として事前調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施しました調査および先方政府等との協議結果などを取りまとめたものです。

ここに、本件調査にご協力いただきました関係各位に対しまして、深甚なる誠意を表しますとともに、本プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成11年10月

**国際協力事業団**  
**理事 阿部 英樹**



ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（PACNRI）OT訓練室



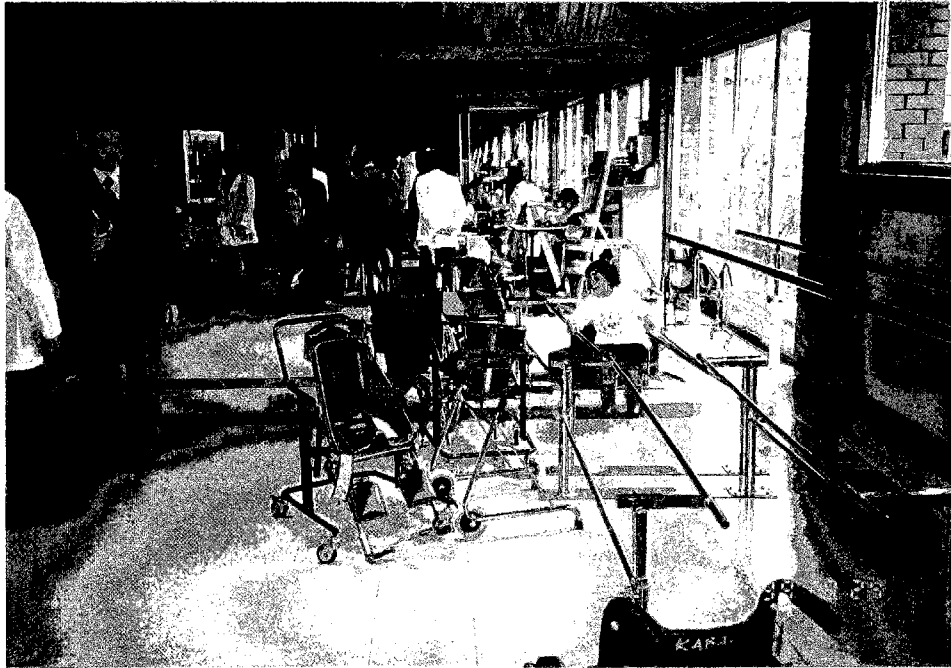
PACNRI病棟



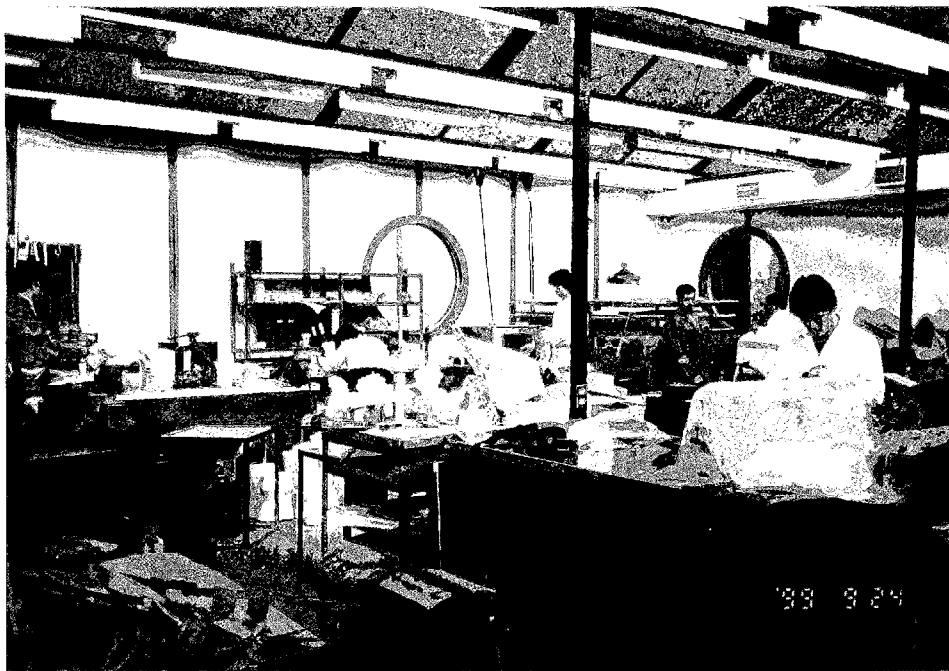
PACNRI教育施設



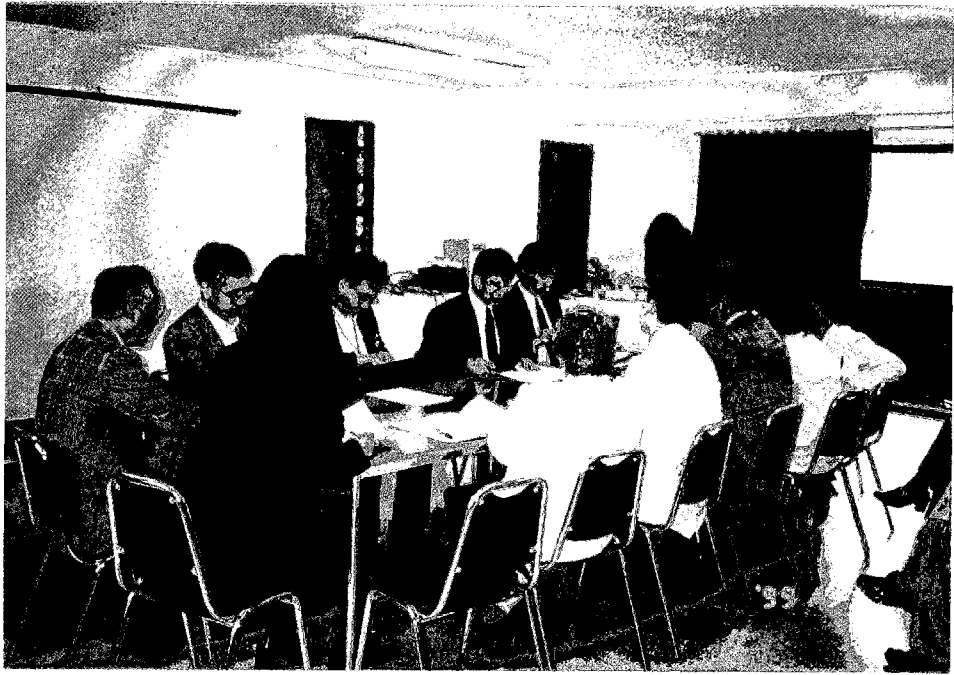
PACNRI補装具製作棟



私立小児リハビリテーションインスティテュート（TELETON）訓練棟



TELETON補装具製作棟



ミニッツ協議



ミニッツ署名

プロジェクトサイト位置図



# 目 次

序 文  
写 真  
地 図

|   |    |
|---|----|
| 1 . 事前調査団派遣 -----                         | 1  |
| 1 - 1  調査団派遣の経緯と目的 -----                  | 1  |
| 1 - 2  調査団の構成 -----                       | 1  |
| 1 - 3  調査日程 -----                         | 2  |
| 1 - 4  主要面談者 -----                        | 3  |
| 2 . 要 約 -----                             | 5  |
| 3 . 要請の概要 -----                           | 6  |
| 3 - 1  チリの概要 -----                        | 6  |
| 3 - 2  要請の内容 -----                        | 6  |
| 4 . 協力分野の現状と問題点 -----                     | 8  |
| 4 - 1  チリ国の身体障害者を取りまく現状 -----             | 8  |
| 4 - 2  ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所の現状 ----- | 13 |
| 5 . 相手国のプロジェクト実施体制 -----                  | 17 |
| 5 - 1  実施機関の組織および事業概要 -----               | 17 |
| 5 - 2  プロジェクトの組織および関係機関との組織関連 -----       | 17 |
| 5 - 3  プロジェクト予算措置 -----                   | 18 |
| 5 - 4  建物、施設等計画 -----                     | 18 |
| 5 - 5  カウンターパートの配置計画 -----                | 18 |
| 6 . プロジェクト協力の基本方針 -----                   | 20 |
| 7 . 相手国側との協議結果 -----                      | 23 |



|                           |    |
|---------------------------|----|
| 8 . 協力実施にあたっての留意事項等 ----- | 25 |
|---------------------------|----|

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 9 . 本プロジェクトの方向性 ----- | 26 |
|-----------------------|----|

附属資料

|                     |    |
|---------------------|----|
| 協議議事録（ミニッツ）英文 ----- | 29 |
|---------------------|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| 協議議事録（ミニッツ）西文 ----- | 32 |
|---------------------|----|

PACNRI situation

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| （本調査団からの照会事項に対するPACNRIからの回答） ----- | 35 |
|------------------------------------|----|

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| HEALTH CARE IN CHILE 1999 ----- | 45 |
|---------------------------------|----|

|                        |    |
|------------------------|----|
| 身体障害者の社会復帰に関する法律 ----- | 82 |
|------------------------|----|

# 1 . 事前調査団派遣

## 1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

チリ共和国（以下、チリ）は弱者救済を目的とした社会福祉政策を重視し、身体障害者福祉制度の改善に努力しているが、全国唯一の国立小児身体障害者リハビリテーション病院であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（Pedro Aguirre Cerda National Rehabilitation Institute以下、PACNRI）は施設・医療技術ともに立ち遅れていることから、チリ国厚生省は当初西暦2000年を目処に新リハビリテーション病院の建設を計画し、身体障害者医療のサービスと技術の向上をめざし、身体障害者医療の充実を図ろうとしていたが、チリの国家予算がアジア経済危機の影響で大きな打撃を受けたため、新病院の建設は据置きとなった。

しかしながら、チリ厚生省は、身体障害者医療の充実の重要性から1998年に同病院をNational Instituteに昇格させ、医療サービスとともに調査研究機能も担わせ、より総合的なリハビリテーション病院に位置づけた。

このような背景からチリ政府は、将来建設が予定される新病院での活動を念頭に置いた身体障害者リハビリテーション対策を既存施設で実施すべく、同研究所の医療面・管理面での運営を向上させることを目的としたプロジェクト方式技術協力を要請してきた。

この要請に対して、わが国は1999年9月18日から10月1日まで、次のとおり事前調査を実施した。

- (1) チリの要請内容を確認するとともに、チリの保健医療状況およびPACNRIの現状を調査したうえで、わが方の協力の可能性を検討する。
- (2) チリ側のプロジェクト実施体制および負担事項（実施機関の組織、予算措置、カウンターパートの配置、施設など）を調査する。
- (3) 上記(1)および(2)を踏まえ、実施段階におけるプロジェクトの枠組みについて協議し、協議議事録を作成する。

## 1 - 2 調査団の構成

| 担 当            | 氏 名   | 所 属                              |
|----------------|-------|----------------------------------|
| 団長 総 括         | 橋爪 章  | 国際協力事業団医療協力部医療協力第一課長             |
| 団員 リハビリテーション行政 | 横田 繁夫 | 社会福祉法人太陽の家評議員会評議員                |
| 団員 小児リハビリテーション | 君塚 葵  | 心身障害児総合医療療育センター 整肢療護園長           |
| 団員 リハビリテーション医学 | 長岡 正範 | 国立身体障害者リハビリテーションセンター<br>医療相談開発部長 |

団員 リハビリテーション教育 服部 兼敏 国立身体障害者リハビリテーションセンター  
国際協力専門官

団員 援 助 政 策 服部 孝 外務省経済協力局技術協力課外務事務官

団員 協 力 計 画 大小田 健 国際協力事業団医療協力部医療協力第二課

1 - 3 調査日程

| 日順 | 月 日   | 曜日 | 移 動 お よ び 業 務  |
|----|-------|----|--|
| 1  | 9月18日 | 土  | 成田発(NH010) ニューヨーク着   |
| 2  | 9月19日 | 日  | ニューヨーク発(LA531) サンチアゴ着  |
| 3  | 9月20日 | 月  | JICA事務所打合せ<br>ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所視察<br>プロジェクト要請概要説明<br>厚生省表敬訪問                     |
| 4  | 9月21日 | 火  | 日本大使館表敬訪問<br>企画協力省、首都圏東部衛生局表敬訪問<br>協議議事録協議   |
| 5  | 9月22日 | 水  | ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所概要説明<br>協議議事録協議   |
| 6  | 9月23日 | 木  | ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所との協議<br>TELETON リハビリテーション病院視察                                   |
| 7  | 9月24日 | 金  | 協議議事録署名<br>日本大使館・JICA事務所報告<br>(君塚団員)サンチアゴ発(LA700) サンパウロ着                                 |
| 8  | 9月25日 | 土  | 資料整理<br>(橋爪団長)サンチアゴ発(C0038)<br>(君塚団員)サンパウロ発(JL063)                                       |
| 9  | 9月26日 | 日  | 資料整理<br>(橋爪団長)ニューヨーク着、ニューヨーク発(NH009)<br>(君塚団員移動)   |
| 10 | 9月27日 | 月  | エル・サルバドル総合病院視察<br>ルイス・カルヴォ・マッケナ小児総合病院視察<br>ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所建替予定地視察<br>(橋爪団長)成田着 |
| 11 | 9月28日 | 火  | ペニャロレン区役所障害者事務所表敬訪問<br>サンチアゴ発(C0038)   |
| 12 | 9月29日 | 水  | ニューヨーク着  |
| 13 | 9月30日 | 木  | ニューヨーク発(NH009)   |
| 14 | 10月1日 | 金  | 成田着  |

## 1 - 4 主要面談者

### ( 1 ) チリ側関係者

#### 1 ) 厚生省

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Dr. Alex Figureoa Munoz | 大臣          |
| Mr. Carlos Anriquez     | 国際協力室長      |
| Mr. Jose Miguel Huerta  | 国際協力室日本協力担当 |
| Mr. Patricio Bustos     | 人の為の医療部次長   |
| Dr. Alejandra Falbaun   | 障害者プログラム担当  |

#### 2 ) 国際協力庁

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Ms. Jacqueline Weinstein Levy | 長官 |
|-------------------------------|----|

#### 3 ) 企画協力省

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Mr. Lautaro Saavedra | 障害者プログラム担当 |
|----------------------|------------|

#### 4 ) 首都圏東部衛生局

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Dr. Julio Montt Vidal | 局長 |
| Dr. May Chomali       | 次長 |

#### 5 ) ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| Dr. Patricia Mendez                  | 所長             |
| Ms. Macarena Amador                  | 管理部長           |
| Mr. Hernan Soto Peral                | 言語療法士/プロジェクト担当 |
| Ms. Natasha Oberreuter Aburto        | 理学療法士          |
| Ms. Patricia Mirsnds Munoz           | 理学療法士          |
| Mr. Rodrigo Morales Fernandes        | 言語療法士          |
| Ms. Maria Angelica Gutierrez Acevedd | 言語療法士          |
| Ms. Maria Soledad Astorga Lagos      | ソーシャルワーカー      |

### ( 2 ) 日本側関係者

#### 1 ) 在チリ日本大使館

|       |       |
|-------|-------|
| 成田 右文 | 大使    |
| 實井 正樹 | 一等書記官 |

#### 2 ) JICAチリ事務所

|        |    |
|--------|----|
| 村上 正博  | 所長 |
| 吉田 英之  | 職員 |
| 小林 としみ | 所員 |

3 ) JICA青年海外協力隊員

桜井 佐和子

福田 弘和

作業療法士

義肢補装具作製士

4 ) 通訳

松原 修

## 2 . 要 約

障害者対策は、国が発展する過程でニーズが顕在化してくる分野であり、本邦ODA（政府開発援助）への要請は開発途上性をほぼ脱出した段階の国（中進国）からなされることが多い。

チリも1人当たりのGNPが5000米ドルに達しようとしている中進国であり、障害者対策ニーズが顕在化し要請に至ったわけであるが、本調査を通じ、途上国に対してJICAが行っている通常の援助感覚ではプロジェクト形成は困難であることが実感できた。

たとえば、調査団出発前の対処方針会議の時点では、プロジェクトコンセプトとして、チリ全土の障害者リハビリテーションシステムを確立することを最終到達目標として、ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（以下、PACNRI）を障害者リハビリテーションのモデル施設とすることをプロジェクト目標とすればよいのではないかと、という感覚であったが、これは国内にモデルとなる既存の障害者リハビリテーション施設などあるはずがないという先入観によるものであった。

しかしながら、調査団が現地へ赴いてみると、すでに民間ベースで障害者リハビリテーション施設が全国展開されており、国立施設はその存在意義を失いかねない状況であった。

したがって、先入観およびそれに基づくプロジェクトコンセプトは放棄せざるをえず、「国立施設としての存在意義」を高めることにプロジェクト成果、目的を模索することとなった。

なお、調査日程の効率化の都合上、民間施設の調査がミニッツ署名のあとになってしまったので、ミニッツ協議の間は日本側では依然として先入観が正当な思考を妨げたかもしれないが、結果として、チリ側カウンターパートと協議の末に形成されたプロジェクトコンセプト（ミニッツ参照）は、おおむね妥当なものとなったと考える。

民間施設との役割分担はプロジェクトの取り組むべき今後の課題としてひとまず置いておくとして、まずはPACNRIの機能を最大限に高めることで、一定のプロジェクト成果を得ることが期待できるし、また、カウンターパートの資質も期待に応え得るものであると考える。

カウンターパートは、ロジカルフレームを用いて思考することに慣れており、明解なプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）が完成すれば、PDMに即した活動が協力期間中に効率的に展開されるであろう。

### 3 . 要請の概要

#### 3 - 1 チリの概要

チリは、南米大陸の南西岸、南緯17度30分～55度59分、西経66度30分～75度40分に位置し、面積は75万7000km<sup>2</sup>で日本の約2倍である。本土は南北に細長く、東側はアンデス山脈をはさんでアルゼンティン共和国と、また北はボリヴィア共和国、ペルー共和国と国境を接している。

国土の80%は山岳部が占めており、北部は砂漠地帯で、銅、硝石の世界的な産出地であり、南部には森林、牧畜地帯が広がっており、一部に原始林やツンドラ地帯もある。海岸はリアス式で多くのフィヨルドが存在している。また火山が多く、約55の活火山がある。

人口は約1462万人（1997年推定）で、1人当たりGNPが4922米ドル（1998年）経済の概況は、70年代はじめに、それまでの国家主導型産業育成政策から、民間主導、開放経済へと政策を転換。その後80年代初めの債務危機を克服し、平均成長率6.4%という高い持続的成長を達成。現在最も経済状況の良好な国となっている。

90年代に入ってからチリ経済は、90、93および94年は調整局面にあったにもかかわらず、輸出および投資の伸びに支えられ経済は順調に拡大。97年のチリ経済は引き続き好調で成長率は7.1%となり、インフレ率も6.0%と安定している。しかしながら、98年はアジア危機等を契機とする一次産品市況の低迷（銅、林産品等）により経済成長は大幅に減速し、98年は3.4%で、99年はこれを下回る見通しを立てている。

#### 3 - 2 要請の内容

1998年9月にペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（PACNRI）の医療面、管理面での運営を向上させることを目的としたプロジェクト方式技術協力にかかわる要請書が、チリ側より提出された。

要請された内容は、次のとおりである。

##### （1）プロジェクトの特定目的

- 1）治療予想能力による障害の客観的評価システムを開発する。
- 2）現在の医療を改善し、反復可能な臨床プログラムを提示する。
- 3）実施した治療の長所を推進して治療的リハビリテーション法を強化する。
- 4）治療法を直接改善することをめざして臨床調査を促進し、拡大する。
- 5）機能分析に焦点をあわせて、既存設備の利用を改善する。
- 6）障害者に新しい治療法および相互作用手段を提供して、障害者の社会進出または復帰に貢献する。

7) 介助保健ネットの他のセンターや大学院教育施設と協力して、リハビリテーション活動を倍増させるために最高の技術および教育レベルをもったリハビリテーション専門家を養成する。

(2) プロジェクトの活動

- 1) 障害にかかわる客観的評価システムの創出
- 2) リハビリテーションにかかわる臨床治療プログラムの設計
- 3) リハビリテーションにかかわる治療法の開発
- 4) リハビリテーションにかかわる臨床調査

(3) 日本人専門家

- 1) 長期専門家 5名 (チーフアドバイザー、障害の客観的評価、介助プログラム開発、神経障害リハビリテーション、リハビリテーションの臨床調査)
- 2) 短期専門家 14名 (上記活動に関連する分野で必要に応じ)

(4) カウンターパート研修

リハビリテーションの開発・モニタリング、機材使用等

(5) 機材

リハビリテーション用器具、測定機器、コンピューター、視聴覚機器、車両等



## 4 . 協力分野の現状と問題点

### 4 - 1 チリ国の身体障害者を取りまく現状

#### ( 1 ) チリ国の経済状態と医療レベル

GDP成長率、最低賃金、貧困層の割合、失業率など種々の経済指標は、チリの経済状況が順調に改善されていることを示している。平均余命、総人口当たりの死亡率、新生児死亡率なども医療レベルが着実に向上していることが明らかである。

#### ( 2 ) 障害者問題の歴史的経過

ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所 (PACNRI) は当初、結核を中心とする呼吸器疾患のサナトリウムとして設立され、1940年からのポリオの流行がひきがねとなって1955年から国立小児リハビリテーション病院として運営されるようになった。

同じ時期 (1947年) に、ガルボ・マッケナ小児病院で手術やリハビリテーションを行っているポリオ罹患者の障害児援助協会 (私立小児リハビリテーションインスティテュート (TELETON) の前身) が設立されている。

この団体はその後、小児の神経筋・骨格系疾患、脳性麻痺、先天性疾患、切断、外傷にまで範囲を広げている。

これらが小児の障害者問題の出発点と考えられる。

#### ( 3 ) 障害者にかかわる法律とその影響

1990年に就任したエイルウィン大統領時代に提案された Law Nr19.284が、障害者の社会への参加を保障する法的根拠となっている。

この法律に基づいて1994年に国家身体障害者基金 (FONADIS) が設立され、その目標は、障害の予防、リハビリテーション、就労の促進、補装具の供給などである。

また、障害者を登録する機能を担っており、1997年時点で1万5000名の登録が行われているが、人口の0.1%に過ぎず実数を表しているとは考えられない。

また、各地から提出される障害者問題に関するプロジェクトの審査を行い、資金援助を通じて上記目標の推進に努めている。

#### ( 4 ) 障害者の実数 ( 認定の問題 )

今回の調査でも相変わらず、人口の10%が障害者とするWHOのデータを根拠に議論が行われている。一方、国勢調査による調査では人口の4%が障害者であると報告されている。

わが国では、実態をどの程度反映するかは別にして、障害者手帳に準拠した障害者数、障害

内容、重症度の統計が得られる。

チリでの障害の認定は次のとおり行われる。医師の申請書に対して障害認定委員会（CONPIN）が審査を行い、40～60%以上（33%以上という発言もあり）の障害と認められると証明書が発行される。

CONPINの認定と医師の判断との間にズレがあること、基準が明確でない、州ごとにCONPINがあり地域間で基準の解離なども問題としてあるようである。

しかし、CONPINの認定が実態と解離しているのかどうか、地域を限定した実態調査と比較検討を行う必要がある。

さらに、種々の障害者団体が地域に存在しており、これらNGOを通じての調査も検討の余地がある。

一例として、Penalolen区役所障害者担当による区内障害者問題に関する説明は次のとおりであった。

#### 1) 区人口

21万人（サンチャゴの人口578万人の3%）。サンチャゴ市内の南東に位置する。

#### 2) 区の予算

1400万米ドル（14億円）。障害者数は区人口の1.8%の4141名。軽度の障害を加えると人口の10%に達し、そのうち700名を調査した結果は次のとおりである。

男性：女性 = 340：307

#### 年齢

|         |   |      |
|---------|---|------|
| 0歳～5歳   | ： | 64名  |
| 6歳～17歳  | ： | 176名 |
| 18歳～64歳 | ： | 305名 |

#### 障害の種類

|            |   |      |
|------------|---|------|
| 知的障害       | ： | 257名 |
| 聴覚障害       | ： | 64名  |
| 視覚障害       | ： | 70名  |
| 肢体不自由      | ： | 214名 |
| 神経障害       | ： | 227名 |
| 重複障害       | ： | 23名  |
| 合計が調査数より多い |   |      |

いずれにしてもある程度正確な障害者に関する統計は、今後の障害者問題の取り組みに指針を与えるためにも重要なものであろう。

#### ( 5 ) 就学問題および就労問題

サンチャゴ市内のPenalolen区での種々の障害者団体との協議で、障害者の親の団体から、一般校への就学を進める運動に関心もたれているとの発言があった。

また、障害者の授産施設、作業所なども存在するが、提供できる職種の種類に限りがあること、バリアフリーの法律も存在するが、必ずしも実行されていないことなどの発言があった。

障害者をもった者の周辺では関心が強いものの社会全体としての取り組みにはまだまだ不十分などところがあると考えられる。

#### ( 6 ) NGO

Penalolen区役所での障害者団体との協議で、精神障害者の授産施設、身体障害者団体、障害者の親の団体、障害者の職業訓練を促進する団体、特殊学校の親の会、障害者に援助を行う宗教団体（いずれも財団として登録されている由）など種々のNGOが存在することがわかった。

民間ですでに活動しているこれらNGOを行政の障害者施策にどのようにとり込んでいくかがPACNRIを中心とする今回のプロジェクトでもひとつのテーマとなると思われる。

#### ( 7 ) 障害に対する医療（公立と私立の格差）

チリの医療において最も顕著な点は、国公立と私立の医療施設間の格差の大きさである。建物、機材での差が著しいが、実際の医療のレベルにおいても同様の格差が存在すると予想される。

TELETONの華々しい存在は、その詳細な技術的評価を別にして、チリの医療レベルが条件さえ整えられれば先進国とほぼ肩を並べることのできるレベルまで高められることを証明しているといえよう。一方、PACNRIの施設的な面での立ち遅れは、TELETONの見学後には余りにも大きいものであった。

年予算は、PACNRIが93万1936米ドルで、TELETON（合計7病院）が57億ペソ（1140万米ドル）であった。TELETONが7病院合計であるので、予算額の差は少ないようにみえるが、TELETONが基本的に国の健康保険制度に縛られない自由な診療を行っているのに対して、PACNRIでは国家保健基金（FONASA）の支払いが予算の85%を占めている。医療活動に細かい制限があり、患者数の増加が病院収入の増加に結びつくかどうかの議論が、調査中に現地スタッフ間で行われているような状況であった。

一方、ルイス・カルボ・マッケナ小児病院では国立でありながら、施設的にも近代化され、心臓外科、整形外科、小児科などの高い医療レベルにあると考えられた。FONASAの医療サービスごとの単価がこれら高度先進医療に手厚く支払われていることが、国立施設でありな

がら近代化に成功しているひとつの理由と考えられる。

TELETONのような富裕層からの寄付によって運営される小児リハビリテーション施設があるが、この形態を押し進めるだけで国民全体の障害児問題が解決されるであろうか、TELETON院長によれば受信をするのに貧富の制限はないという。

国勢調査で示された4%という障害者数で低めに見積もっても、18才以下の障害者は7万人であり、TELETONの能力をしても2万5000名（1997年調査）と不十分である。TELETONは入院を要しない比較的軽症の障害者を対象としており重症児が取り残されている可能性が高い。

厚生省担当者が述べるように、TELETONもPACNRIも両方がチリにとっては必要なものである。両者の差を縮小しPACNRIを機能的に向上するためにはFONASA自体のリハビリテーションに対する評価の問題、さらには障害者・福祉に対する財源の問題など検討が必要と考えられる。

1997年の第1回目の調査以降、PACNRIは病院からインスティテュートに格上げされた。（FONASA支払レベルでの格上げも連動）これに伴い、専門職スタッフ増員、厚生省首都圏東部衛生局（SSMO）内の医療の役割分担が進められ、病院収入に占めるFONASA以外の収入分の割合が10～15%と増大が見られている。

FONASAの補装具作成に対する単価が増額されているという予定があるという。

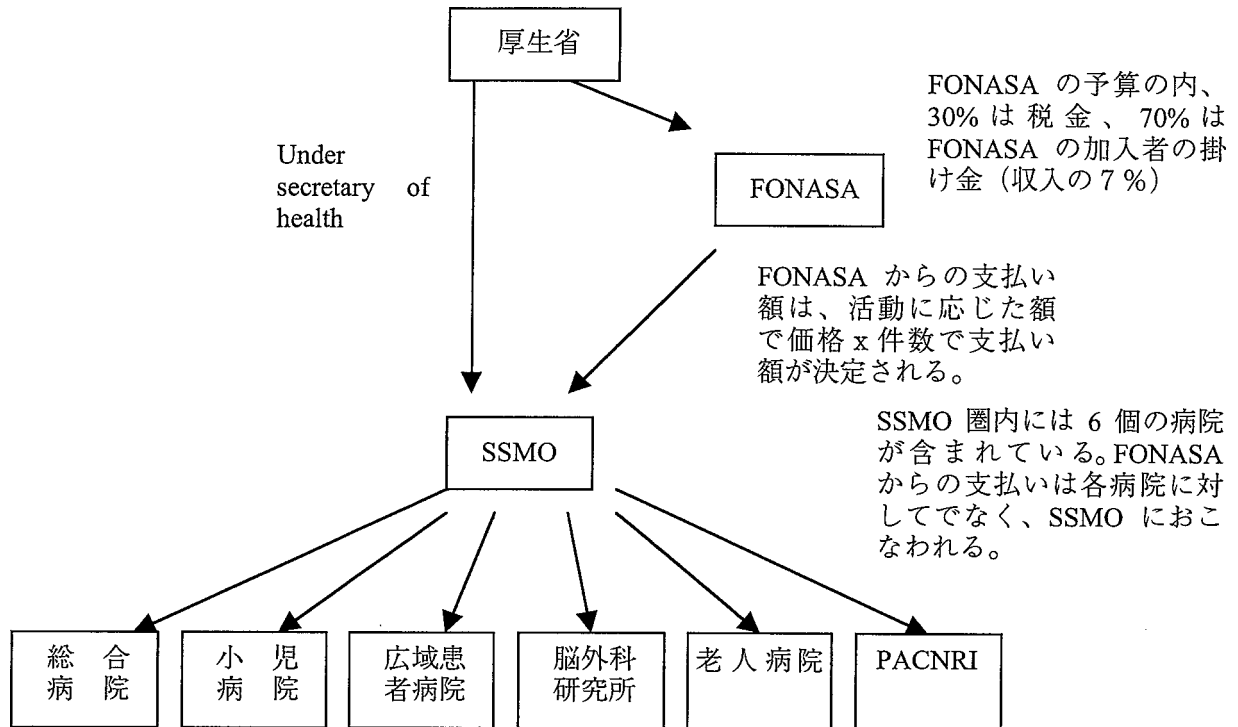
表 - 1 「SSMOにおける予算の仕組み」にあるような制約のなかではあるが、国立施設側の対応も行われ公立・私立間の格差を縮めるための動きは確実にみられている。

#### （8）健康保険制度

FONASAとISAPREの2つの保険制度がある（これら以外に労災に相当するもの、大企業の社会保険、軍人の保険などもある）FONASAは、公的制度であり、ISAPREは私立の制度である。両者とも基本的な掛け金は収入の7%で一律であるが、ISAPREはサービスの内容によって掛け金が異なる。私立病院では、種々のコストが高い値段に設定されておりFONASAのカバーできる金額を超えていることが多い。従ってFONASAの加入している73%の国民は、国公立病院を受診できない他の理由はない。

PACNRIの収入の85%がFONASAからの支払いによるが、ルイス・カルボ・マッケナ国立小児病院のように患者数の増加によって病院収入を増やすことが単純に行えないようリハビリテーション医療に対する低いコスト計算がある。

表 - 1 SSMOにおける予算の仕組み



SSMO 全体の予算（歳入）のうち、88%は FONASA から、12%が ISAPRE からである。しかし、各病院の活動によって FONASA と ISAPRE の比率は異なっている。たとえば、PACNRI では FONASA85%、ISAPRE15%であるが、脳外科研究所では 33%が ISAPRE からの収入になっている。PACNRI での赤字は、たとえば老人病院の予算から一部、補填されている。これは、FONASA の設定した単価が、実際の費用を反映していない部分があり、老人病院は実際の経費より多い収入があり、PACNRI はその逆になっているという問題がある。小児病院では、患者数増加は、病院収入の増加につながるが、PACNRI では必ずしもそうならない理由がここにある。

また、収入増加が翌年度の歳入（FONASA からの）を減少させる可能性もあり、急激な変化は好ましくない。長期的な展望をたてる必要がある。

#### 4 - 2 ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所の現状

##### (1) 変遷

PACNRIは、1920年、アレサンドリ大統領によりサンチャゴ市内にサナトリウムとして設立され、1951年にペドロ・アギレ・セルダ・サナトリウムと名称を変え、1940年からのポリオの流行による障害者の増加と結核の減少が引き金となって、1955年から国立小児リハビリテーション病院として運営されるようになり、1998年に第4種施設から研究機能を担う第2種施設としての病院 (Institute) に格上げされた。

PACNRIは今後の10年をかけて、ラテンアメリカにおけるトップクラスの施設になることを目標としている。

##### (2) 運営・管理

現在の職員数は98名で、大きく分けると医療専門職 (23名)、パラメディカル技術者 (29名)、その他 (助手、事務部員) となっている。医師は、常勤が所長と矯正歯科医師の2名で、非常勤が5名 (整形外科2名、リハビリテーション医3名) であり、専門職に入るPOS (専門教育5年間) が計11名、看護婦4名、MSW (Medical Social Worker) 2名で、工房のスタッフは専門職が2名であり、ほかに助手数名・秘書1名が配置されている。門衛・保育園の保母・洗濯は、外注している。

予算については、収入 (1999年予算で約1億円) ではFOSNAからの補助金が85% (うち入院が60%を占めている)、独自収入が15% (5年前は10%) で、毎月PACNRIを所管しているSSMOに業務内容を報告することとなっている。支出 (1999年予算) は人件費が72%を占め、残りが運営管理費である。運営管理費の内訳は食料代19%、薬購入費16%、装具などの材料費11%、general service34%などで、研修費・図書費は特になくであった。

利用者は年間1500人であるが、外泊を退院新入院としてカウントしての数字であり、平均入院期間は3カ月である。

##### (3) 施設

病棟は1病棟からなり、病室は1～5号室までであり、(6号室は使っておらず、リネンなどを置いていた) 病室の廊下などの多くは外の明るさに比べて暗い印象であった。

ベッド数は47ベッドで、稼働率は80%前後である。

病棟の右奥にPT (Physical Therapist、理学療法士) 訓練室・理学療法機器が配置されていた。(職員用はある)

病棟などの建物についてであるが、寝かせきりの印象を与えるのは建物の構造および使い方からくるもので、プレイルーム・食堂がなく、家族やボランティアの使える部分の追加など大

きく見直さなければならぬと思われる。

廊下などの暗い感じに対しては明かりの採り入れ方も工夫する必要があることが感じられた。

工房は狭く見劣りのする建物であり、予算の減少より材料不足もあって製作数が減っているとのことであった。製作数は年間1000ほどで、以前（5000の時から3000に、その後減っていた）よりも少ないとしているが、年間1000作成する雰囲気ではなかった。なお、装具の必要か否かの判定には2～3カ月から1年を要するとのことであった。あとから見たTELETONの工房とは大きな違いが端的にみられた。

#### （４）器具

以前、日本でかなり使われていたが、現在はほとんど見ることもなくなったSTANDING BOXが訓練室の中央に位置していた。

馬蹄型の歩行器に寄り掛かせての起立歩行が主流であるのも古い方法であり、歩行器については日本では広くアメリカから輸入されて使われているposture controlled walkerは知っていたが、1台もなかった。

これらは以前のポリオなど四肢に原因のある障害児に対する治療にあてはまるもので、入院児には合わないといえるものであった。

理学療法機器では、脳性麻痺などの障害児にはわが国において使われていない温熱療法や筋力強化の機器が置かれていて、違和感を覚えた。

障害児リハビリテーション施設にある基本的な訓練器具としてパルーン・三角マット・ロール、プロンボード（1台すみの奥に使われず放置されていた）・種々の座位保持などがなく、訓練遊具・感覚統合のための備品も見られなかった。（TELETONではposture controlled walkerを含めてこれらがありあまるほど多く見られた）。

#### （５）療法・症例

入院児への処遇であるが、よだれが多いからとのことでチューブ栄養が多く見られ、全体の印象は寝かせきりが多いように感じられた。また、姿勢管理がなされておらず、体にあった車椅子あるいは座位保持装置はなかった。

長期間の厳重なつらい固定がなされており、子供たちの笑顔は少なかった。

全体としてPTが最も遅れており、OT（Occupational Therapist、作業療法士）は手の装具の装着が多かったが気になる点はあまりなく、ST（Speech Therapist、言語療法士）はAAS（Alternative Augmented System、コミュニケーションのための総合的な技法）やVF（Video Fluoroscopy、嚥下造影透視検査）についての知識をもっていたが、訓練場面はみることがな

かった。

4名の看護婦（PACNRI勤務年数平均15年）の地位は高く週1回の考察会議をリードしているようで、各部門よりの報告があり、入院児1人当たり15～20分をかけて検討しているとのことであった。

ただ、退院後の訓練イメージがでてこないこと、訓練半ばでも帰ってしまう点のあることが問題となる。

批判的となってしまうが入院児の一部について具体的に紹介する。

#### 溺水例

呼吸が不安定で努力性のもので、植物人間に近い状態であったが、よくなったとことで退院となるとのことであった。両親は働いており、外来には2カ月に1度の予定というが、生命にさしさわりのありうる懸念があった。呼吸管理について、air wayが適当との提案には訓練の責任者はまったくのってこなかった。

#### 国立小児病院で両足アキレス腱延長術を受けた脳性麻痺女子

中等度の典型的な痙直型の脳性麻痺例で、ちょうど2カ月目でギプス除去したところで、足部の背屈は0°ほどとacceptableな状態であった。手術での連携例であるが、具体的な流れについては把握し得なかった。

#### ガンショットによる脊髄損傷の男児

腰椎レベルの完全損傷で座位は自立できていたが、うちひしがれているのがよくわかる例で、深く多くは聞くことができなかった。本例での歩行や家庭復帰についてのリハビリテーションについては不明であった。

#### シャルコーマリートース病の幼女

足部の変形のため膝歩きをしているが、足部変形が手術で矯正されれば歩行可能になる例で、一見して手術適応があるのに、手術適応の有無を検討するための入院である。手術は国立小児病院の判断のもとに行われるので手続きが多く、かなり先になると考えられている例で、現在の入院が不必要と思われた。

#### 心臓手術後の軽度の知的障害の女児

#### 体の大きな知的障害の女子

#### 視力障害を伴った脳性麻痺の幼女

#### 脳性麻痺痙直型両麻痺での男児

膝伸展・足背屈での下肢の長時間の嚴重な固定、両下肢外転保持のバー付きの短下肢装具

#### 急性脳症

短期間での運動機能の良好な回復例で、寝たきりから走れるようになった男児



交通事故で前頭部骨を腹部に一時的に埋め込んでいる女子  
馬蹄型歩行器で寄り掛かりながら歩行していた。頭部保護帽はなく、骨のない部分が大きく陥没していた。

出産時の脳損傷

寝かされたままの状態、苦悶の表情の強い若い女性

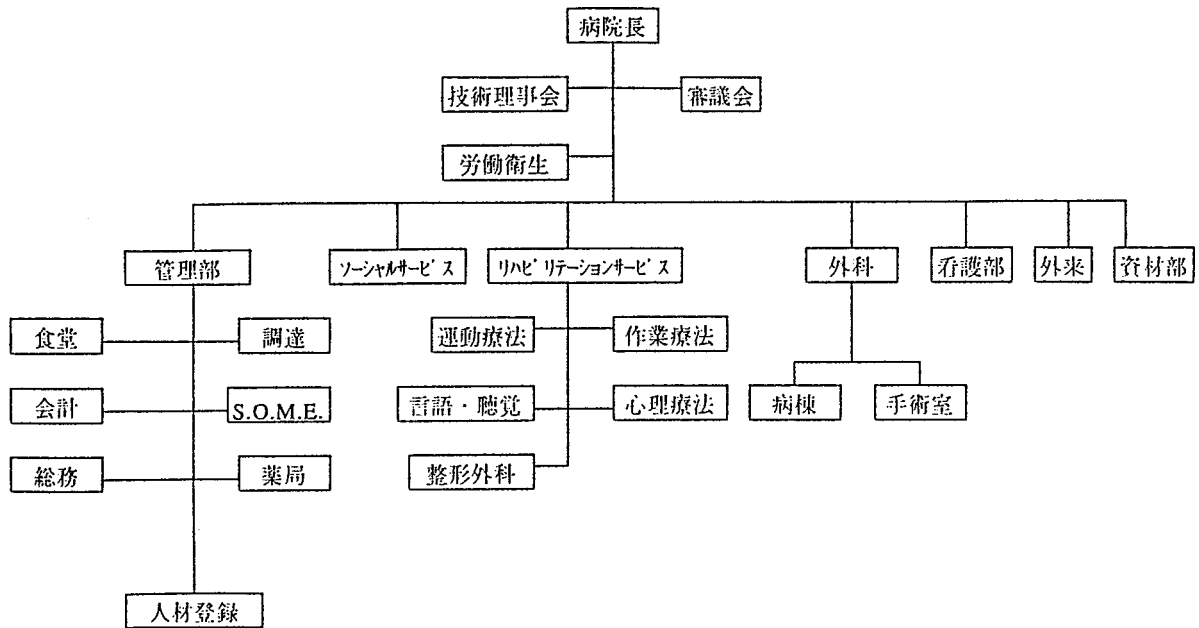
脳性麻痺四肢麻痺型で重心児

## 5 . 相手国のプロジェクト実施体制

### 5 - 1 実施機関の組織および事業概要

プロジェクト実施機関はペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（PACNRI）であり、その組織図は次のとおりである。

【PACNRI組織図】

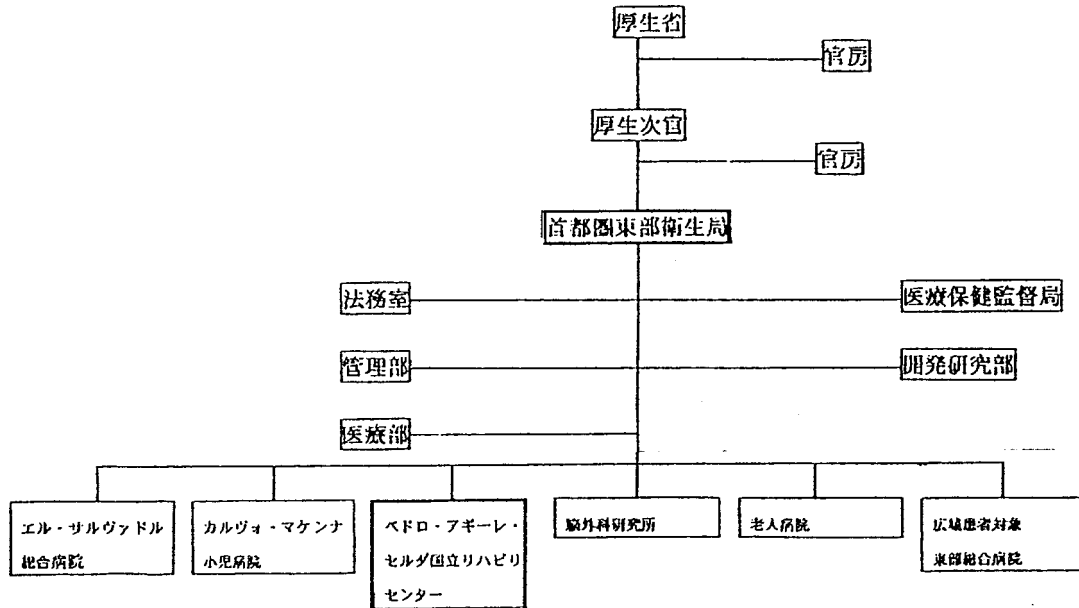


### 5 - 2 プロジェクトの組織および関係機関との組織関連

プロジェクト実施責任機関は、チリ厚生省であり、厚生省の地方機関である首都圏東部衛生局がプロジェクト実施機関であるPACNRIを所管する。関係図は次のとおりである。

なお、外国からの援助の受入れおよび援助の実施を担当する官庁は国際協力庁（AGCI）である。

【関係図】



5 - 3 プロジェクト予算措置

現在の政府内における本セクターの位置づけは、各省庁とも予算の伸び悩みがあるなか、厚生省予算については、大蔵省第一案で伸びていることから、重要性がうかがえる。

また、PACNRIは1998年に第4種施設から第1種施設と補助金ベースが同じである第2種施設へ格上げされている。

今後、協力活動計画案を策定した時点で同案を勸案し、相手国負担分については応分の負担を申し入れることとする。

5 - 4 建物、施設等計画

2005年頃には、Penalolen区に移転し新病院が設立される予定になっているが、本プロジェクトは現在の病院において実施される予定である。

5 - 5 カウンターパートの配置計画

プロジェクトの実施を円滑にするために、6名のPACNRI職員で構成する「プロジェクト運営チーム」を形成する。メンバーの氏名、担当および職名は次のとおりである。

| 氏名                           | 担当          | 職名        |
|------------------------------|-------------|-----------|
| Mr. Hernan Soto              | 総括          | 言語療法士     |
| Ms. Maria Soledad Astorga    | 地域社会        | ソーシャルワーカー |
| Ms. Maria Angelica Gutierrez | 技術交流        | 言語療法士     |
| Ms. Natasha Oberreuter       | 研修          | 理学療法士     |
| Ms. Patricia Miranda         | リハビリテーション技術 | 理学療法士     |
| Mr. Rodrigo Morales          | 研究          | 言語療法士     |

また、カウンターパートとなるPACNRI職員は、次のとおりである。

カウンターパートとなるPACNRI職員一覧

| Profession                 | Name                      | Charge                                | A  | I       |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|----|---------|
| Médico Fisiatra            | Dra. Patricia Méndez      | Director INRPAC                       | 28 | U.Chile |
|                            | Dra. Patricia Martínez    | Jefe Servicio de Rh.                  | 17 |         |
| Cirujano Dentista          | Dra. Rose Marie Jessen    | Subdirector INRPAC                    | 28 | U.Chile |
| Cirujano Ortopedista       | Dr. Claudio Alegría       | Cirujano Ortopedista                  | 31 |         |
| Kinesiólogo (PT)           | Srta. Patricia Miranda    | Jefe Kinesiterapia                    | 28 | U.Chile |
|                            | Sra. Marta Villalón       | Kinesióloga                           | 22 | U.Chile |
|                            | Sra. Isabel Soza          | Kinesióloga                           | 20 | U.Chile |
|                            | Srta. Natasha Oberreuter  | Kinesióloga                           | 8  | U.Chile |
| Terapeuta Ocupacional (OT) | Sr. Jonge López           | Jefe T.Ocupacional                    | 20 | U.Chile |
|                            |                           | Jefe TAOR                             | 5  |         |
|                            | Srta. Silvana Navarrete   | T.Ocupacional                         | 8  | U.Chile |
|                            | Sr. Francisco Olmos       | T.Ocupacional                         | 7  | U.Chile |
| Fonoaudiólogos (ST)        | Sr. Hernán Soto           | Jefe Fonoaudiología                   | 10 | U.Chile |
|                            |                           | Coordinador Cooperación Internacional | 5  |         |
|                            | Sr. Rodrigo Morales       | Fonoaudiólogo                         | 2  | U.Chile |
| Asistente Social           | Sra. Angélica Gutiérrez   | Fonoaudiólogo                         | 1  | U.Chile |
|                            | Sra. Mana Soledad Astorga | Jefe Servicio Social                  | 11 |         |
| Psicólogo                  | Sra. Marcela              | Asistente Social                      | 17 |         |
|                            | Srta. Jessica Menay       | Psicóloga                             | 7  | U.Chile |
| Enfermera                  | Sra. Rebeca Martínez      | Enfermera Supervisora Paramédica      | 22 |         |
|                            | Sra. Pabla Peña           | Enfermera                             | 22 |         |
|                            | Sra. Patricia Gálvez      | Jefe de SOME                          | 17 |         |
|                            | Srta. Matisol Rojas       | Enfermera                             | 11 |         |
| Nutricionista              | Sra. Irma Cubillos        | Jefe Servicio de Alimentación         | 25 | U.Chile |
| Técnico Ortesista          | Sr. Hernán Ibacache       | Técnico Ortesista                     | 18 |         |
|                            | sr. Luis Jara             | Técnico Ortesista                     | 1  |         |

|      |   |
|------|---|
| Rh.  | Rehabilitation                            |
| TAOR | Orthotic Workshop                         |
| SOME | Statistic and Medical orientation Service |
| A    | Years as profesional                      |
| I    | Institution                               |
|      | Professional trained in Japan             |

## 6 . プロジェクト協力の基本方針

### ( 1 ) 基礎的臨床技術不足を認識させる

技術協力の第一段階は、ペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所 (PACNRI) のスタッフに基礎的臨床技術が不足していることを認識させる。彼らのプライドを傷つける可能性もある難しい作業となろう。

それには、まず、PACNRIのスタッフに、『今までの手法は手法として、一定の期間は派遣専門家流でさせる』という基本的合意を取り付けることである。

また派遣専門家も『遅れている』という意識でなく、われわれと『違う方法で取り組んでいる』という意識で事にあたる必要がある。間違っても『日本の何十年前』といった意識はもつべきでない。

### ( 2 ) 平行しての研究手法の指導

基礎的技術の実行を臨床場面で指導することに平行して、研究手法を指導する。

しかし、この研究手法の指導の第一義的目的は、研究手法そのものを指導することではない。この指導の第一義的目的は、『基礎的臨床技術が不足しては、いかに研究を行ってもその結果が成果として認められることはない』という認識をPACNRIのスタッフに植えつけることであり、その第二義的目的は、スタッフに『私は研究をしている』という意識を与えることで、基礎的な臨床技術を習得している間の成果のあがらない時期の動機水準を維持することにある。

### ( 3 ) 拙速な高度技術導入の回避

基本的な戦術として高度技術の導入は、基礎技術が確立するまで、また日本から導入した技術がチリという文化、社会体制のフィルターを通してチリ化するまで導入しない。

すなわち、運営コストも比較的少なくてすむ手法が確立され、現地調達の際材を用いても要求される臨床技術を維持し、その基本的臨床技術の原理 (Principles) が維持される体制がとられてからにする。さもなければ、臨床的に実践が困難な手法が職員の興味で追及され、臨床のレベルがあがらない。仮に高度技術の適用がPACNRIで成功しても、現在の私立小児リハビリテーション・インスティテュート (TELETON) とPACNRIの間にある格差と同じ格差を、今後改善されたPACNRIと地方での臨床サービスの間に生むだけではないだろうか。

### ( 4 ) チリ国内の大学、教育機関との協力

臨床的にどの程度実証された手法が指導されているか否かはともかく、PACNRIのスタッフ

との会話からは、一定水準以上の『知識』が伝達されている。

これらの教育機関からの専門的な協力も現状改革に効果をあげると期待される。時に、大学が臨床技術に弱いことも考えられるが、今後、PACNRIが『南南協力の拠点』として発展していく可能性があることは、みずからの影響力を大きくする可能性があり大学の教官にとっても『おいしい』話であろう。またPACNRIのスタッフの地域、学会への売り込みの機会ともなるう。

#### ( 5 ) PACNRI以外の職員の参加

本技術協力の対象、実施場所はPACNRIに限定するが、協力機会に対して他の病院や施設の職員の参加を排除しない。短期専門家の派遣に合わせて、PACNRIはTELETON、国立小児病院、その他の病院からの研修員を受け入れる。これによって日本側は、より多数のチリ側専門家を指導する機会を得るとともに、PACNRIは短期であっても必要な臨床場面でのマンパワーを無料で確保することができる（臨床実習をPACNRIの患者を対象に行う）。

また、PACNRIのスタッフは、みずからの技能を他のチリ国内施設職員の技能との比較において評価できるようになる。またPACNRIのスタッフはみずから行っている『伝統的』な手法を『言い張る』ことが難しくなる。自分の手法だけを主張しても必ず周囲の専門家から批判が出るであろう。

#### ( 6 ) 短期入院体系の導入

入院ベッドのうち、一定数を評価入院体系とする。乳児に対しての節食指導、家庭介護（寝かせ方、子供のレベルにあわせたおもちゃの紹介、教育的な対応方法）、短期で修了する治療の実施、一週間程度を要する評価のための入院体系を疾患を特定して導入する。

たとえば、節食・嚥下機能の評価をPACNRIの担当者が行い、食物の処理方法、節食姿勢などを教育指導して入院を完結する。

#### ( 7 ) 巡回相談の実施と地域の教育

地域でのリハビリテーションにかかわる啓蒙、サービスを受けていない障害のある人々の発掘、地域の保健担当者に対するスクリーニング手法の指導、リハビリテーション技法の家族などへの教育を目的にキャラバン隊を組織して地域巡回相談を実施する。（ただし、巡回相談は一度始めてしまうと経常的に実施する責任が発生するので、開始については慎重に検討する必要がある。）

( 8 ) 図書館・リソースセンター機能

大学などのPACNRI以外の施設に備わっているかもしれないが、国の中心的なセンターとして機能するための図書館・リソースセンター機能がほとんど見られないように思える。

専門家が業務を行うには、業務から得られる臨床データを関連の研究から得られたデータに参照しながら判断する必要がある。

しかし、PACNRIにはこのような機能はないように思える。専門辞書（英語版であればCD-ROM版が多数ある）やデータベースを整備する必要があるだろう。

( 9 ) インターネットシステムの設置

インターネットシステムをPACNRIに設置し、情報発信を行うとともに職員の技術情報の入手源とする。また、このシステムを厚生省首都圏東部衛生局（SSMO）を含めて地域に開放する。

( 10 ) 職員の業務成績評価と評価結果の開示

本プロジェクトに参加するカウンターパート職員の業務成果の評価を行い、結果を開示する。

( 11 ) 派遣専門家の構成

派遣専門家の専門分野にかかわる計画をあらかじめ策定し、この計画に沿って派遣する。

過去に中国において実施したリハビリテーションにかかわるプロジェクト方式技術協力においては、1～2週間程度の講習会形式の短期専門家の領域は評価は低く、専門分野を特定した3カ月以上の短期専門家を派遣した領域の評価が高かった。

チリ国内の身分、社会、教育制度に照らせば派遣専門家の最低条件として大学院修士レベルとすべきであろう。

## 7. 相手国側との協議結果

本調査団は先方実施機関であるペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（PACNRI）を主な協議相手として、おおむね調査団対処方針に沿って本件要請の背景および内容を詳細に把握し、先方プロジェクト実施体制の整備状況を調査、確認し、わが国のプロジェクト方式技術協力の対象案件として妥当性を検討した。

その結果、本件協力事業の実施の必要性、可能性が確認されるに至り、次の項目について合意し、本調査団長と厚生大臣、首都圏東部衛生局長、国際協力庁長官との間で本調査にかかわる協議議事録（附属資料）を英・西文にて署名・交換した。なお、英語と西語で解釈に疑義が生じた場合は、英語を優先することとした。

双方で合意した内容は、次のとおりである。

### （1）プロジェクト名

身体障害者リハビリテーションプロジェクト

英訳：Rehabilitation for Disabled People Project

### （2）プロジェクト上位目標

チリ国における身体障害者の状態の改善に寄与すること

### （3）プロジェクト目標

PACNRIにおけるリハビリテーションサービスの管理および手法を改善すること

### （4）プロジェクト成果

リハビリテーションサービス・プログラム（評価、治療および社会支援）および臨床登録システムを改善すること

リハビリテーション治療技術を改善すること

リハビリテーションサービスを改善するための臨床研究を促進すること

PACNRIの施設を利用して、チリ国内のリハビリテーション従事者の技能を改善すること

### （5）プロジェクト実施予定期間

5年間



( 6 ) プロジェクト実施責任機関

チリ厚生省

( 7 ) プロジェクト実施機関

PACNRI

( 8 ) 合同調整委員会

プロジェクトの実施をスムーズにし、関係者間のコミュニケーションをよくするため、合同調整委員会を発足する。

委員については、実施協議調査における討議議事録 ( R/D ) において決定される。

( 9 ) チリ側がとるべき措置

プロジェクト活動を実施するために、日本人専門家のカウンターパートとなるスタッフを適材適所に配置すること

事務所の場所、日本人専門家に対する特権・免税権

日本からの供与機材について、関税、輸送、据え付け、維持にかかわる経費を負担すること

プロジェクト実施中・のちにおいて多種の活動に対する財政・組織的な持続性を確保すること

( 10 ) 日本側の投入

日本人専門家の派遣

チリカウンターパートの日本における研修の受入れ

機材供与

( 11 ) 特記事項

実施協議調査団派遣前に、PDM ( プロジェクト・デザイン・マトリックス ) を策定するための短期調査を行う予定である。

## 8 . 協力実施にあたっての留意事項等

2005年頃には、Penalolen区に移転し新病院が設立される予定になっており、大規模な機材供与を中心とするのではなく、訓練士やリハビリテーション医師の技術的レベル向上、地域に存在するNGOとの協調・情報管理など、いわゆるソフト面での技術協力が協調されるべきと考える。

医療をとりまく社会制度の相違があり、彼我の制度上の違いをわきまえた対応が必要である。わが国で行われた政府主体の健康・福祉政策のあとに、近年の高齢化に伴う資源不足と関連して生じている諸問題は、チリの現状とまったく無関係とはいえないと考えられ相互の研究理解が必要であろう。

## 9 . 本プロジェクトの方向性

今次調査により、チリにおける身体障害者リハビリテーションの分野は比較的高いレベルにあることが判明したが、日本のそれと比較してまだ不十分な点があることも判明した。

チリ側の状況に改善すべき問題点がまったくなければ、日本が協力を行う必要はないが、改善すべき点があることが今回の短期間の調査によっても認められた。

今後は実施協議調査を行うまでの間に、短期調査等を通じて日本が協力すべき（できる）点をリストアップして、プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）を固めて、具体的な活動内容を詰めていくことになると思われる。

また、すでに民間ベースで施設・技術面等で先行しているリハビリテーション事業を行っている組織（TELETON）の活動をさらに調査したうえで、本プロジェクトとの関係をどのように位置づけるか検討していく必要があると思われる。

今回の調査では、あいにく地方視察が行えず、地方病院の人材レベルの確認ができなかったが、一般的には地方の人材育成を図っていくことが国全体のレベル向上に資することが多いことから、本プロジェクトの実施機関として想定されているペドロ・アギレ・セルダ国立リハビリテーション研究所（PACNRI）を拠点とした、国内研修を主体とした人材育成のための協力を本プロジェクトの柱とすることが考えられる。

最後に、チリは本プロジェクトに非常に意欲的であり、将来的に本分野の南南協力を進めていきたいとしており、本プロジェクトの成果のひとつとして、プロジェクト終了後に第三国研修を同国で開催することを念頭におき、プロジェクトを進めていくべきであると思われる。

なぜなら、1999年6月30日に日本とチリの間で、中南米、カリブ地域等の開発途上国に対し、両国が対等に連携・協力して経済・社会開発支援事業を推進するための「日本・チリ・パートナーシップ・プログラム」に関する枠組み文書の署名が行われており、将来的に同プログラムを通じた周辺諸国への広域協力が可能となるように、チリが本分野の開発支援を行い得るような協力を本プロジェクトを通じて進めていくことが自然な流れと思われる。

## 附 属 資 料

協議議事録（ミニッツ）英文

協議議事録（ミニッツ）西文

PACNRI situation

（本調査団からの照会事項に対するPACNRIからの回答）

HEALTH CARE IN CHILE 1999

身体障害者の社会復帰に関する法律




THE MINUTES OF MEETING  
BETWEEN  
THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM  
AND  
THE AUTHORITIES CONCERNED  
OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF CHILE  
ON  
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION  
FOR  
REHABILITATION FOR DISABLED PEOPLE PROJECT

The Japanese Preliminary Study Team organized by Japan International Cooperation Agency and headed by Dr. Akira Hashizume (hereinafter referred to as "the Team") visited the Republic of Chile from September 19 to September 28, 1999, for the purpose of conducting a study regarding the request for Japanese technical cooperation for Rehabilitation for Disabled People Project (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in the Republic of Chile, the Team exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of the Republic of Chile.

As a result of the study and the discussions, the Team and the authorities concerned of the Government of the Republic of Chile confirmed the matters referred to in the attached document written in English and Spanish. The English version shall prevail over the Spanish version in case of divergence in its interpretation.

Santiago, September 24, 1999.



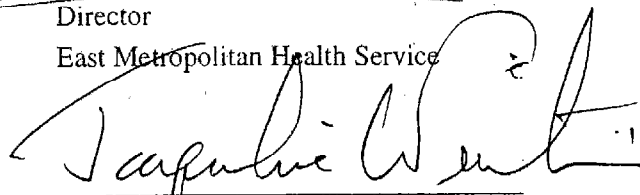
Dr. Akira Hashizume  
Leader  
Japanese Preliminary Study Team  
Japan International Cooperation Agency



Dr. Alex Figueroa Muñoz  
Minister  
Ministry of Health  
Republic of Chile



Dr. Julio Montt Vidal  
Director  
East Metropolitan Health Service



Ms. Jacqueline Weinstein Levy  
Executive Director  
Chile International Cooperation Agency

## The Attached Document

### 1. Title of the Project

Rehabilitation for Disabled People Project

### 2. Overall Goal of the Project

To contribute to the improvement of conditions of disabled people in the Republic of Chile

### 3. Purpose of the Project

To improve the management and procedure of the rehabilitation services at the Pedro Aguirre Cerda National Rehabilitation Institute (hereinafter referred to as "PACNRI")

### 4. Output of the Project (intermediate results in achieving the Project Purpose)

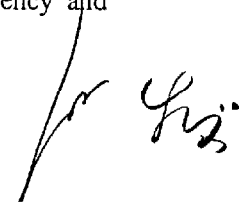
- (1) To improve rehabilitation services programs (assessment, treatment, and community support ) and clinical registration system
- (2) To improve rehabilitation treatment techniques
- (3) To facilitate clinical research to improve rehabilitation services
- (4) To improve skills of the staffs engaging in rehabilitation services in the Republic of Chile by utilizing the facilities at PACNRI

### 5. Duration of the Project

The duration of the Project will be 5 years. The exact commencement/termination dates are determined in the Record of Discussions (R/D), which will be signed between the authorities concerned of the Government of the Republic of Chile and the Japanese Implementation Study Team.

### 6. Administration of the Project

- (1) The Ministry of Health of the Government of the Republic of Chile bears the overall responsibility for the successful implementation of the Project.
- (2) PACNRI is responsible for designation of counterparts for and actual implementation of the activities of the Project.
- (3) A Joint Coordinating Committee is to be established as will be defined in R/D, to ensure better communication among relevant authorities and smooth implementation of the Project. Potential participants are representatives from Under-Secretariat of Health, International Cooperation and Affairs Office of the Ministry of Health, East Metropolitan Health Service, PACNRI, Chile International Cooperation Agency and the Japanese side.



#### 7. Measures to be taken by the Chilean Side

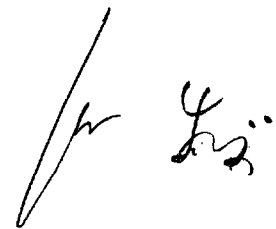
- (1) To allocate a necessary number of suitably qualified personnel (counterparts of Japanese experts) to be in charge of implementation of the various project activities
- (2) To provide land (if construction/civil engineering work is involved), office space, privileges/exemptions for the Japanese experts and other basic utilities (such as water and electricity) at its own expense
- (3) To execute, at its own expense, prompt custom clearance, transport, installation and maintenance of the equipment which is going to be provided by Japan for the Project
- (4) To ensure financial/institutional sustainability of the various activities during and after the implementation of the Project

#### 8. Inputs from Japanese Side

- (1) Dispatch of Japanese experts in relevant fields and an administrative coordinator for the Project
- (2) Provision of training opportunities in Japan for Chilean counterparts designated for the Project
- (3) Provision of equipment necessary for the technical cooperation activities of the Project

#### 9. Notes

Short term Japanese experts will be dispatched to formulate the Project Design Matrix before the dispatch of the Japanese Implementation Study Team.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be 'Li' followed by a flourish.



MINUTAS DE REUNIONES  
ENTRE  
LA MISIÓN DE ESTUDIO PRELIMINAR  
Y  
LAS AUTORIDADES CONCERNIENTES  
DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE CHILE  
SOBRE  
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA  
PARA EL  
PROYECTO DE REHABILITACIÓN DE DISCAPACITADOS

La Misión de Estudio Preliminar (en adelante referido como “la Misión”), organizada por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (en adelante referida como “la JICA”) y encabezada por el Dr. Akira Hashizume, ha visitado la República de Chile del 19 al 28 de septiembre de 1999, con la finalidad de llevar a cabo un estudio considerando la solicitud de cooperación técnica de Japón, para el Proyecto de Rehabilitación de Discapacitados (en adelante referido como “el Proyecto”).

Durante su estadía en la República de Chile, la Misión ha intercambiado puntos de vista y ha tenido una serie de discusiones con las autoridades concernientes de la República de Chile.

Como resultado del estudio y las discusiones, la Misión y las autoridades concernientes de la República de Chile confirmaron las materias referidas en el documento adjunto, redactado en Inglés y en Español. La versión en Inglés prevalecerá sobre la versión en Español en caso de divergencia en su interpretación.

Santiago, 24 de Septiembre de 1999

Dr. Akira Hashizume  
Líder  
Misión Japonesa de Estudio Preliminar  
Agencia de Cooperación Internacional de  
Japón

Dr. Alex Figueroa Muñoz  
Ministro de Salud  
República de Chile

Dr. Julio Montt Vidal  
Director  
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Sra. Jacqueline Weinstein Levy  
Directora Ejecutiva  
Agencia de Cooperación Internacional de Chile

## El Documento Adjunto

### 1. Título del Proyecto

Proyecto de Rehabilitación para Personas Discapacitadas

### 2. Meta General del Proyecto

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de los discapacitados en la República de Chile

### 3. Finalidad del Proyecto

Mejorar la gestión y procedimientos de la atención de rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (en adelante referido como "INR PAC").

### 4. Productos del Proyecto (resultados intermedios para lograr la Finalidad del Proyecto)

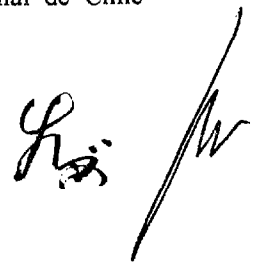
- (1) Mejorar los programas de rehabilitación (evaluación, tratamiento y apoyo de la comunidad) y el sistema de registros clínicos.
- (2) Mejorar las técnicas de tratamiento en rehabilitación
- (3) Facilitar la investigación clínica tendiente a mejorar los servicios de rehabilitación
- (4) Mejorar las habilidades del personal comprometido en la rehabilitación en la República de Chile, empleando los recursos del INR PAC.

### 5. Duración del Proyecto

La duración del Proyecto será de 5 años. Las fechas exactas de inicio y término estarán fijadas en los Records of Discussion (R/D), los cuales serán firmados entre las autoridades concernientes del Gobierno Chileno y del Equipo de Estudio de la Implementación Japonés.

### 6. Administración del Proyecto

- (1) El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile asume la responsabilidad general por la exitosa implementación del Proyecto.
- (2) El INR PAC es responsable de la designación de contrapartes para una real implementación de las actividades listadas.
- (3) Un Comité de Coordinación Conjunta va a ser establecido en la forma definida en los R/D, para asegurar una mejor comunicación entre las autoridades relevantes y una fluida implementación del Proyecto. Los potenciales participantes son representantes de la Subsecretaría de Salud, de la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud, del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, del INR PAC, de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI) y de la parte Japonesa.



## 7. Compromisos de la Parte Chilena

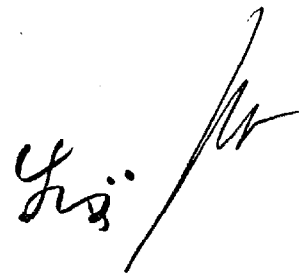
- (1) Asignar el número necesario de personal apropiadamente calificado (contrapartes de los expertos Japoneses) que estará a cargo de la implementación de las diversas actividades del proyecto.
- (2) Proporcionar los terrenos (si hay trabajos de construcción o ingeniería civil involucrada), espacio para oficinas, privilegios/exenciones para los Japoneses expertos y otros servicios básicos (tales como agua y electricidad) como gasto propio.
- (3) Ejecutar, a su costa, la pronta liquidación de aduanas, transporte, instalación y mantenimiento del equipo que va a ser proporcionado por Japón para el Proyecto.
- (4) Asegurar la sustentabilidad financiera/institucional de las diversas actividades durante y después de la implementación del Proyecto.

## 8. Aportes de la Parte Japonesa

- (1) Despacho de expertos japoneses en los campos atinentes y un coordinador administrativo para el Proyecto.
- (2) Otorgamiento de oportunidades de capacitación en Japón para las contrapartes Chilenas designadas para el Proyecto.
- (3) Suministro del equipamiento necesario para las actividades de cooperación técnica del Proyecto

## 9. Notas

Será enviado un equipo de expertos Japoneses por un corto período, para la formulación de la Matriz Lógica del Proyecto, antes del envío de la Misión Japonesa de Estudio de Implementación.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Yis' followed by a stylized flourish.

- ③ PACNRI situation  
 (本調査団からの照会事項に対する PACNRI からの回答)

**PACNRI situation.**

**1.- Number of patients, kind of disease, treatment and rehabilitation?**

5,000 is the total number of patients in control at PACNRI, the distribution of that patients is:

**Percentage Distribution of PACNRI  
 by sex**

| Range            | Women | Man  | Total |
|------------------|-------|------|-------|
| Less than 1 year | 1.8   | 1.8  | 3.6   |
| 1 to 2 years     | 9.2   | 4.2  | 13.4  |
| 2 to 5 years     | 7.1   | 8.7  | 15.8  |
| 6 to 14 years    | 25.4  | 26.1 | 51.5  |
| 15 to 18 years   | 5.5   | 4.2  | 9.7   |
| 19 or more       | 3.2   | 2.8  | 6.0   |
| TOTAL            | 52.2  | 47.8 | 100.0 |

Source: PACNRI files

### Distribution by Income

| Social security for health       | Percentage   |
|----------------------------------|--------------|
| A                                | 45.3         |
| B                                | 20.6         |
| C                                | 7.9          |
| D                                | 17.2         |
| Traffic accidents                | 0.3          |
| DIPRECA (Police insurance)       | 1.4          |
| ISAPRE                           | 4.4          |
| Private without insurance        | 1.8          |
| Students insurance for accidents | 0.1          |
| No data                          | 1.0          |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>100.0</b> |

Source: PACNRI files

### Percentual Distribution by Diagnosis

| Pathology      | Age        |             |             |             |            |            | Total        |
|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|--------------|
|                | - 1        | 1 to 1.11   | 2 - 5       | 6 - 14      | 15 - 18    | 19 +       |              |
| Cerebral Palsy | 0.5        | 3.9         | 4.2         | 11.3        | 2.2        | 1.3        | 23.4         |
| Traumatic      | 0.0        | 0.3         | 1.0         | 3.3         | 0.6        | 0.6        | 5.8          |
| Multi factor   | 0.1        | 1.1         | 1.8         | 3.4         | 1.1        | 1.0        | 8.5          |
| Congenital     | 3.6        | 6.5         | 4.0         | 24.4        | 4.9        | 2.8        | 45.6         |
| Developmental  | 0.0        | 1.6         | 4.7         | 8.3         | 0.8        | 0.3        | 15.7         |
| Others         | 0.0        | 0.0         | 0.1         | 0.8         | 0.1        | 0.0        | 1.0          |
| <b>Total</b>   | <b>3.6</b> | <b>13.4</b> | <b>15.8</b> | <b>51.5</b> | <b>9.7</b> | <b>6.0</b> | <b>100.0</b> |

Source: PACNRI files

### Percentual Distribution by rehabilitation department

| Department     | Total |
|----------------|-------|
| Physio Therapy | 51.2  |
| Speech Therapy | 25.4  |
| O. Therapy     | 27.6  |
| Psicology      | 23.1  |
| Social Service | 55.6  |

Source: PACNRI files

### Percentual distribution by surgery

| Surgery | Percentage |
|---------|------------|
| Yes     | 36.4       |
| No      | 63.6       |
| Total   | 100.0      |

Source: PACNRI files

### Percentual distribution. in-patients/out-patients relation

| Hospitalization | Percentage |
|-----------------|------------|
| Yes             | 31.6       |
| No              | 68.4       |
| Total           | 100.0      |

Source: PACNRI files

## **2.- Derivation system and percentage distribution?**

Administrative rules are the same for all health centers of the East Metropolitan Service of Health (SSMO)

95% of the requirements are made for Hospitals or Primary Health Centers, and 5% from Schools and Private Institutions.

## **3.- Personnel Administration System, salaries, promotions, etc?**

### **Legal Base:**

It exists a several legal normative for regulation in the public sector, in matters corresponding to the Administration of Personal, of which it is necessary to highlight the following ones:

1. The most important in the legal norms is the Administrative Statute Law 18.834 of 1.989 who regulates the following aspects:
  - Career
  - Requirements for employment
  - Work duties
  - Officials rights
  - Administrative Responsibility
  - Terms of Functions
  - Administrative Responsibility delegation.
2. The D.L. N° 249 Establishes the Unique Scale of Salaries for the Public Administration.

2. the Resolution N°2227/98 of Delegation of Functions, gives attributions to the Directors of the establishments for the Personnel's Administration.

#### **4.- SYSTEM OF ADMINISTRATION OF PERSONAL**

The system embraces the following aspects:

1. Selection.
2. Recruiting.
3. Salaries.
4. Training.
5. Qualifications.
6. Ascents or promotions.
7. Institutional support for employees.
8. Register and Recognition of benefits.
9. Delegation of functions.

1. - SELECTION: Previous to this stage, they are defined the requirements and characteristic of the position to provide, in order to determine the profile of the applicant. Later on he/she calls himself to competition through warnings in the press, in the Municipalities, in the Universities. Once revised the curriculum received, is selected to the applicants who are interviewed the directive as for the Director of the Establishment, and then he/she undergoes a psychological examination. With the obtained antecedents, it is selected to the most suitable, I process that the Director carries out from the Establishment to proposal of the Direct Boss.

2. - RECRUITING: All new official, it is hired on approval for a period of three months, at the end of which their yield is evaluated, to extend the contract ,o for



its contract term. All the recruiting have duration from January 1 to December of every year 31 and he/she is renewed according to the information emitted by the Direct Boss.

3. - REMUNERATION: The remuneration of the public sector, included the Health Sector, they are regulated by the Ordinance N° 249 who establishes a scale of salaries from the Degree 1<sup>a</sup> that is the highest, until the degree 31. In the case of the East Metropolitan Service of Health (EMSH), the scale goes from the Degree 2, until the Degree 27. The assignment of degree, is made according to the scales. Exist 5 scales: Directive, Professional, Technical Paramedic, Office worker and Assistants. In this Law they also settle down, the majority assignments to which are entitled the officials. The remuneration and assignments increase exclusively by Law.

All the recruiting are carried out in the last degree of the corresponding scale, since, it is not possible, in general, to hire in superior degrees, mainly because agreement should exist among the personnel's degrees.

4. - TRAINING: The establishment makes a diagnosis of necessities of improvement of the acting that embraces all the officials, the one that gives origin to a Program of Annual Training, according to the priorities of the organization. This training program is elaborated by the Local Committee of Training. Inside this Program of activities are made for other entities public or private, in relation to the specific topics of specialty of the Institute.

The Program of Training is a correspondent to the Bipartisan Committee of the EMSH, composed by three representatives of the Service of Health and the officials' three representatives, those which inside its objectives, they give the approval of all the Programs of Training of the dependent establishments of the Service of Health it guides. With this approval, the Section dependent Training of the Department of human resources of the EMSH Direction, establishes the program of actions to carry out in gratuitous form for the officials, and all actions

that they are not possible of being given by the Training Section, it is necessary to carry out them with other private or public entities and to finance them for the establishment and in some cases, a contribution percentage is requested the own official.

Legally 1% of the salaries is contemplated that can be dedicated to training activities, for that which the article corresponding to Training exists in the budget of Expense.

5. - QUALIFICATIONS: The System contemplates evaluations twice a year by means of Reports of Acting of each one of officials, which are made by the DirectBoss. These reports together with a Leaf of Pre-qualification which evaluation are assigned to the evaluated factors, they are correspondents to the Examining Committee, which is conformed by the Director of the establishment who presides over it, 2 officials of the highest hierarchy in the establishment, the officials' 1 representative chosen by direct voting and a representative of more important official's association inside the Institution. This Examining Committee evaluates the documents corresponding to each one of the officials and it determines the final qualification. If the official meets disagree with the qualification, he is entitled the of appeal to the EMSH Director, who will be able to welcome or to refuse this appeal, with that which you proceeds to make other procedures, according to the resolution of the maximum authority.

The qualifications carried out by each one of the Examining Committee of the dependent establishments of the EMSH, give origin to the Scale of Merit, which is used to carry out the promotions or ascents, inside the scale and respective plants, as well as for the determination of the Voucher of Acting that assigns amount of money according to tracts and to the antiquity of each one of the evaluated officials.

ASCENTS: The ascents take place in vacant positions in each one of the defined scales. These ascents take place degree to degree, not being able to any official to jump degrees in the scale. The ascents take place whenever the official fulfills the established requirements for the position and assigned degree and whenever it is the first place in the scale of defined Merit according to the qualifications.

The promotions of they make habitually once a year. And this it is an activity that is not decentralized in the establishments, but rather it is made at level of the whole EMSH as an everything.

INSTITUTIONAL SUPPORT FOR EMPLOYEES: A Service of Well-being exists at level of the whole EMSH, which is financed with the officials' contributions and of the Institution. This Service grants a series of such benefits as: voucher from birth, mortuary quota, loans, scholarships to the officials that study, etc. All the officials can consent to these benefits, whenever they gather the requirements for them. The Service of Institutional support for employees has a Regulation of Operation.

REGISTRATION: The function registration carries out it the Personnel Register Section of Personal who takes a database with information it has more than enough vacant positions, busy positions, Leaf of the officials' Life, control of attendance, registration of absences had traded legal, record of the qualifications, training courses, certificates, etc. Its functions are governed by the Supreme Ordinance N° 42 1.986

RECOGNITION OF BENEFITS: The Personnel Register Section, makes the Resolutions that recognize the rights and benefits to the officials that fulfill the requirements. This Resolutions are signed by the maximum authorities of the establishment. The benefits are by way of example, the following ones: Voucher of Acting, assignment of antiquity, family assignment, etc.

DELEGATION OF FUNCTIONS: Inside the Politics of decentralization of the Government, the delivery of Abilities has been prioritized to make effective this decentralization, and that in EMSH, the Director of the Service of Health by means of Resolution N°2227/98 he/she has given capacities to the Directors of the Establishments Hospital clerks, in a series of matters, including the matters corresponding to the Administration of Personnel. These abilities have been delegated at level of the Director of the Establishment, Administrative Subdirectory.

**5.- There exist a connection with specialized educational institutions ?**

Don't exist a formal connection program with specialized educational institutions, except the agreement between the EMSH and two Universities (U. Of Chile and U. Gabriela Mistral). But that agreement is relate about university students training in EMSH institutions, in clinic practice.

**6.- What kind of support activities exist in the community?**

At PACNRI, there exist different levels of support activities for the disabled people in the community, some of them are show in the next table:

| Kind of activity     | Group  |
|----------------------|--|
| Daily voluntary work | DAMAS DE ROSADO<br>DAMAS DE LA FRATERNIDAD   |
| Financial Support    | CENTRO FEMENINO JUANITA AGUIRRE CERDA<br>CENTRO FEMENINO ALTAS CUMBRES<br>LOGIA PEDRO AGUIRRE CERDA<br>LOGIA ALTAS CUMBRES |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Recreational                          | GRANGE School<br>ANDREE School<br>MANUEL DE SALAS School |
| Another activities<br>(low frequency) | RELIGIOSOS<br>EDUCACIONALES<br>CENTROS DE MADRES         |

Also, some activities belong under the Municipality control (recreational, cultural, self-care and prevention), but are focus in the general population and some vulnerable groups, not only for disabled people.

SITUACIÓN  
DE LA SALUD EN CHILE  
TARJETA DE PRESENTACION ● PERFORMANCE REPORT  
HEALTH CARE IN CHILE

1999



■ **Publicación oficial del Ministerio de Salud**

Documento elaborado y editado por el Departamento de Control y Gestión, durante la Gestión del Ministro de Salud, Dr. Alex Figueroa Muñoz.

Producción y diseño: Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas

Revisión Estadística: Departamento de Informática

■ **Official Publication of the Ministry of Health**

Document prepared and edited by the Department of Management and Control during the Term of the Minister of Health, Dr. Alex Figueroa Muñoz.

Production and Design: Department of Communications and Public Relations.

## **INDICE**

Prefacio

Presentación

Capítulo I

ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Capítulo II

SITUACIÓN DE SALUD Y TENDENCIAS

Capítulo III

OBJETIVOS PRIORITARIOS GESTIÓN MINISTERIAL AÑO 1999

## **INDEX**

Introduction

Presentation

Chapter I

DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC BACKGROUND INFORMATION

Chapter II

HEALTH CARE TRENDS AND CONDITIONS

Chapter III

PRIMARY MINISTERIAL OBJECTIVES FOR 1999



## INTRODUCTION / PREFACIO



**T**he Ministry of Health has been preparing this Performance Report since 1991 in order to provide a general overview of the situation in the country, especially with regard to the health care in Chile.

This Report is an attempt to meet the basic requirements of useful health care information, for both the public and private sectors and the mass media, educators, students and in general those interested in the subject.

Additionally, it is expected to be useful to international organizations, such as the World Health Organization, the Pan-American Sanitary Office, the United Nations Children's Fund and other bilateral and multilateral cooperation health agencies.

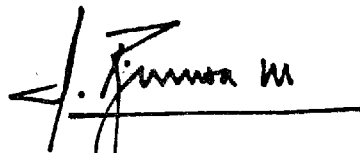
Accordingly, widely recognized indicators have been selected to facilitate analysis and interpretation.

**D**esde el año 1991 el Ministerio de Salud ha elaborado esta «Tarjeta de Presentación» con el objeto de dar cuenta de una visión general de la situación país con referencia principal a la salud en Chile.

A través de esta Tarjeta, se busca satisfacer los requerimientos básicos de información útil de salud tanto para los organismos gubernamentales y sectoriales como para los medios de comunicación, docentes, estudiantes y en general interesados en el tema.

Adicionalmente, se espera que sea de utilidad para Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y demás agencias de Cooperación Bilateral y Multilateral en salud.

Ello explica que los indicadores seleccionados sean de reconocimiento general, de manera de facilitar su análisis e interpretación.



Dr. ALEX FIGUEROA MUÑOZ  
Ministro de Salud / Minister of Health  
República de Chile / Republic of Chile

## PRESENTATION

**T**he contents of this document are divided into three chapters.

The first chapter, Demographic and Socioeconomic Background Information includes an analysis of the general situation of the country. It specifically refers to demographic, educational and socioeconomic indicators, placing a special emphasis on the comparison between the last two five-year periods in order to reflect the improvements gained by Chileans in the quality of life since the recovery of democracy in 1990.

In Chapter Two, Health Care Trends and conditions, a diagnosis is made of health care in Chile based on traditional indicators, specially stressing the progress made in recent years in order to reflect the effects of the demographic and epidemiological transitions undergone by the country.

The third chapter, Primary Ministerial Objectives for 1999, describes the strategic principles that will guide Ministerial action this year, the final year of President Eduardo Frei Ruiz-Tagle's administration.

## PRESENTACIÓN

**L**os contenidos de este documento están distribuidos en tres capítulos.

En el primero, Antecedentes Demográficos y Socioeconómicos, se expresa la situación general del país. Sus contenidos específicos se refieren a indicadores demográficos, de escolaridad y socioeconómicos, poniéndose especial énfasis en la comparación entre los dos últimos quinquenios, a objeto de reflejar la mejora en la calidad de vida de los chilenos a partir de la recuperación democrática el año 1990.

En el segundo, Situación de Salud y Tendencias, se entrega un diagnóstico de salud en Chile a través de los indicadores más tradicionales, poniéndose especial énfasis en la evolución de estos durante los últimos años, de manera de reflejar el efecto de la transición demográfica y epidemiológica por la que atravieza nuestro país.

Finalmente, en el tercer capítulo, Objetivos Prioritarios de la Gestión Ministerial 1999, se describen los lineamientos estratégicos que orientarán la acción Ministerial para el presente año, en lo que resta de la actual administración del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle.



## **CAPÍTULO I**

### **ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS**

## **CHAPTER I**

### **DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC BACKGROUND INFORMATION**





## 1. LOCATION

Chile is located in the south western part of South America; it has an area of 756,626 square continental kilometers and 1,250,000 square kilometers of Antarctic territory.

The political-administrative division of the country is structured in thirteen (13) regions, fifty-one (51) provinces and three hundred and forty-one (341) circumscriptions.

## 2. BACKGROUND INFORMATION ON POPULATION AND EDUCATION

The total estimated population for Chile in 1999 is 15,017,760 inhabitants, 50.5% of which are women. 19.3% are under 15; 73.6% are between 15 and 64 years; 7.1% are older than 65. The annual vegetative growth rate is estimated to be 1.4%.

Chile's urban residents account for 85.4% of the country's total population. The highest concentrations of urban residents are located in the Metropolitan Region (45.4%), the region of the Bío-Bío, located

## 1. UBICACIÓN

Chile se encuentra localizado en la parte Sur-Occidental de América, cuenta con una superficie de 756.626 Km. cuadrados en el continente y 1.250.000 Km. cuadrados de territorio antártico.

La división política-administrativa del país, se encuentra estructurada en trece (13) regiones, cincuenta y un (51) provincias y trescientos cuarenta y uno (341) comunas.

## 2. ANTECEDENTES POBLACIONALES Y EDUCACIONALES.

La población total estimada para Chile en el año 1999 es de 15.017.760 habitantes, de los cuales el 50,5% corresponde a sexo femenino. Un 19,3% son menores de 15 años, un 73,6% tiene entre 15 y 64 años, y un 7,1% son mayores de 65 años de edad. La tasa de crecimiento vegetativo se estima en un 1,4% anual.

La población urbana del país en la actualidad representa al 85,4%, concentrándose el mayor porcentaje en la Región Metropolitana con 45,4%, seguida por las regio-

## TARJETA DE PRESENTACION

---

in the southern part of the country (12%) and the central coastal city of Valparaíso (11%).

Total school enrollment in 1997 reached 3,777,051 people in the different educational levels; 7.4% of which corresponded to pre-elementary education, 60.7% to elementary education, 21.8% to secondary education and 10.1% to higher education.

The average schooling of the population in 1997 was 9.76 years, while coverage in pre-elementary education was 29.8%, in elementary education it was 96.05% and in secondary education it was 82.34%. The literacy rate in Chile is 94.60%. These basic quality of life indicators are far above average for Latin America and comparable to figures from industrialized countries.

According to the Index of Human Development, Chile tops the list of Latin American countries in terms of development and is a country of intermediate development in a world context. Based on United Nations data, Chile was ranked 38<sup>th</sup> in 1994 and jumped to 33<sup>rd</sup> in 1996, surpassing 140 countries. According to the latest UN report, during 1999 Chile was ranked 34<sup>th</sup> in 1999 and showed a general trend towards development.

nes del Bio-Bio, situada al sur del país, con un 12%, y de Valparaíso, ubicada en la zona centro-costera, con el 11%.

El total de matriculados en 1997 fue de 3.777.051 personas en los distintos niveles de educación, de las cuales correspondió el 7,4% a la enseñanza pre-básica, 60,7% a la básica, 21,8% a la enseñanza media y el 10,1% a educación superior.

La escolaridad media de la población en 1997 era de 9,76 años, en tanto la cobertura en la educación pre-básica era del 29,8%, en la básica del 96,05%, y en la media del 82,34%. La tasa de alfabetismo en Chile es del 94,60%. Los anteriores son indicadores sociales básicos de calidad de vida los cuales son significativamente altos a nivel latinoamericano y comparables a la situación de los países desarrollados.

Según el Índice de Desarrollo Humano, Chile es un país de desarrollo intermedio en el mundo, situándose en el primer lugar de vanguardia en el contexto Latinoamericano. En base a la información de las Naciones Unidas el país pasó del lugar 38 que tenía en 1994 al 33 en 1996, superando a 140 países, y de acuerdo al último informe, Chile durante el año 1999 alcanzó el lugar N° 34, mostrando una tendencia general de desarrollo.





Nonetheless, it must be recognized that important problems persist in terms of poverty. According to the 1998 Socioeconomic Survey (Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN), 3,160,000 people -21.7% of Chile's population- lives in poverty, and 5.6% of this segment is indigent.

### **3. ECONOMIC BACKGROUND INFORMATION**

**T**he Gross Domestic Product in 1998 grew by 3.4%. This sharp decrease from the 7.1% growth rate achieved in 1997 was primarily a result of global economic conditions. The inflation rate in 1998 was 4.7%. The unemployment rate was 6.2% and the investment rate reached 35.1%.

In the international arena, the Chilean economy has presented high levels of development for Latin America in the 1990s and is rated among the world's top ten emerging economies.

Per capita income increased from US\$ 3,000 in 1990 to US\$ 5,105 in 1997; the minimum wage rose from US\$ 170/month in 1997 to US\$ 176/month in 1999. (Translation of charts on page 11)

No obstante lo anterior, es necesario reconocer que aun persisten problemas importantes en materia de pobreza, ya que según datos de la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 1998, la población en situación de pobreza alcanza a 3.160.000 personas, lo que equivale al 21,7% de la población total del País. De este segmento de población en situación de pobreza, un 5,6% son indigentes.

### **3. ANTECEDENTES ECONÓMICOS**

**P**roducto Interno Bruto de 1998 fue de un 3,4%, registrándose un importante descenso, con respecto a la cifra de un 7.1% del año 1997, como consecuencia de las condiciones económicas internacionales. La tasa de inflación del año 1998 fue de un 4,7%. La tasa de desempleo del año 1998 fue de 6,2% y la tasa de inversión de un 35,1% para igual año.

En el plano internacional la economía chilena presenta un alto desarrollo en América Latina en los '90, situándola entre las diez economías emergentes mejor evaluadas del mundo.

El ingreso per cápita pasó de US\$ 3.000 en el año 1990 a US\$ 5.105 en el año 1997, en tanto el salario mínimo se situó en los US\$ 176 para el año 1999.-

**TARJETA DE PRESENTACION**

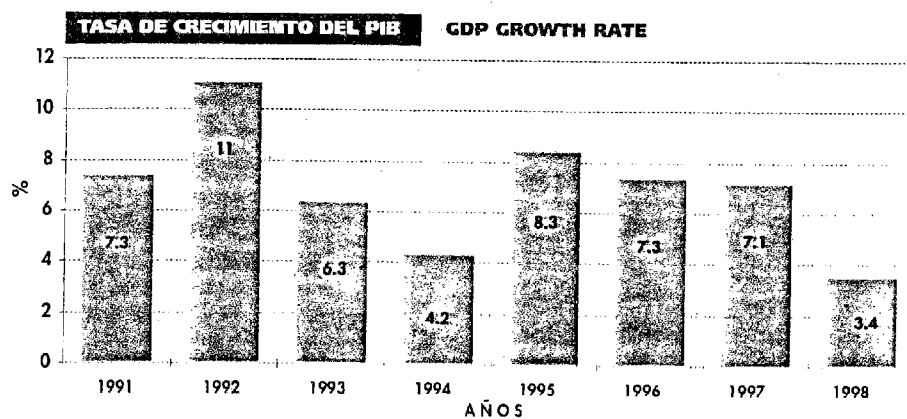
**DESEMPEÑO SOCIOECONÓMICO DEL PAIS**

**SOCIOECONOMIC PERFORMANCE**

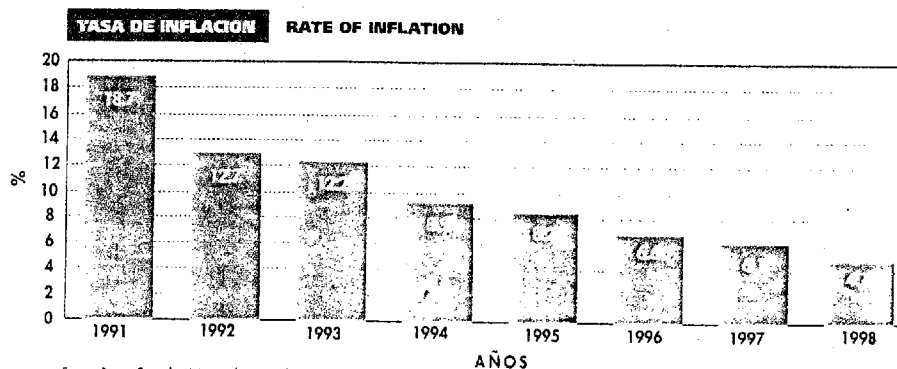
| INDICADOR/AÑO                            | INDICATOR/YEAR                        | 1991  | 1992  | 1993  | 1994    | 1995  | 1996  | 1997  | 1998     |
|--|---------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|----------|
| TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB (%)          | GDP GROWTH RATE (%)                   | 7,3   | 11,0  | 6,3   | 4,2     | 8,3   | 7,3   | 7,1   | 3,4      |
| TASA DE INFLACION (%)                    | RATE OF INFLATION                     | 18,7  | 12,7  | 12,2  | 8,9     | 8,2   | 6,6   | 6,1   | 4,7      |
| SALDO BALANZA DE PAGOS (MUS\$)           | BALANCE OF PAYMENT (MUS\$)            | 1.237 | 498,4 | 577,6 | 3.194,3 | 1.060 | 1.200 | 3.209 | -2.066,1 |
| TASA DE INVERSION TOTAL (% del PIB real) | TOTAL INVESTMENT RATE (% of real GDP) | 24,5  | 26,8  | 28,5  | 26,3    | 26,8  | 28,0  | 33,0  | 35,1     |
| POBLACION EN SITUACION DE POBREZA (%)    | POPULATION LIVING IN POVERTY (%)      |       | 32,7  |       | 28,5    |       | 25    |       | 21,7     |

Nota: (p): cifras oficiales preliminares.  
Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda.

Note: (p): preliminary official figures.  
Source: Central Bank, Ministry of Finance.

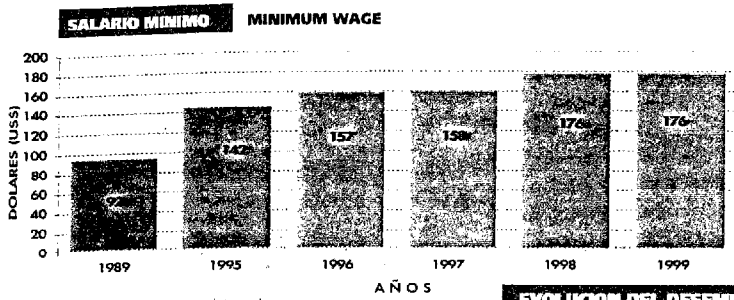


Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda.

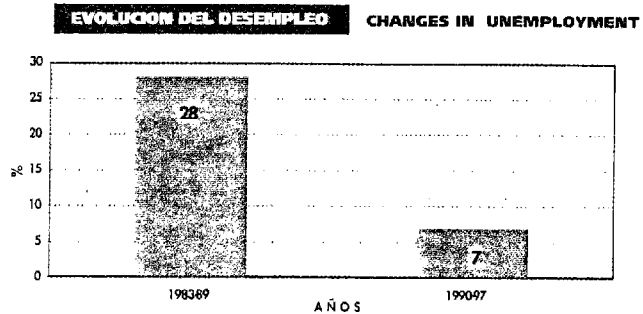


Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda.

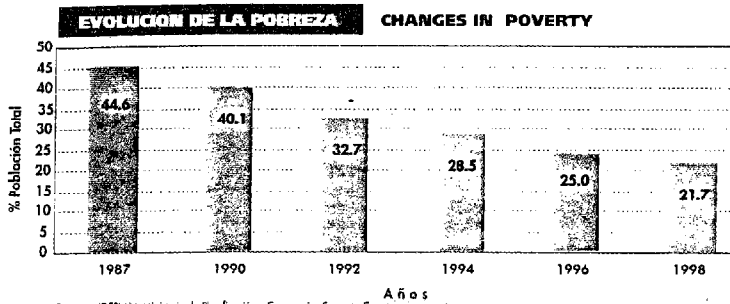
Situación de la Salud en Chile 1999



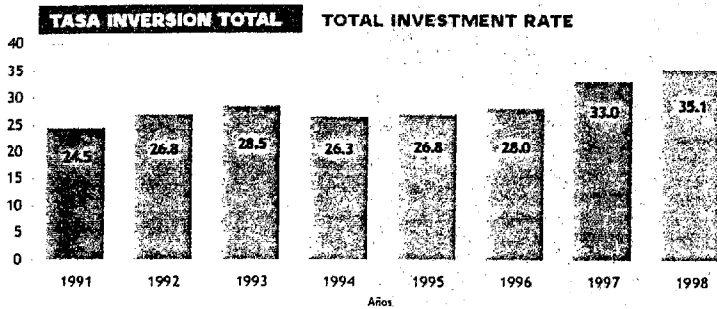
Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda.



Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda. Nota: Sobre la Población Económicamente Activa. Fuente: Banco Central.



Fuente: MIDEPLAN, Ministerio de Planificación y Cooperación, Encuesta Casen.



Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda.



## **CAPÍTULO II**

### **SITUACIÓN DE SALUD Y TENDENCIAS**

## **CHAPTER II**

### **HEALTH AND CONDITIONS AND TRENDS**





## 1. GENERAL ASPECTS

**T**he Chilean population is currently undergoing a process of demographic and epidemiological transition and exhibits important variations in the population's health care situation as a result of the political, social and economic changes that have characterized the country since the 1980's.

This has resulted in a complex situation in which a variety of problems coexist, some, such as enteric, transmittable, and deficiency diseases are linked to underdevelopment. Others, associated with lifestyle and economic development, such as chronic illnesses, cancer, accidents and mental health problems are also consequences of social changes, pollution of the environment and conditions in the workplace.

Classic biodemographic indicators show a general mortality rate of 5.4 per 1,000 inhabitants for 1997 and a birthrate of 19.3 per 1,000; population growth has remained stable in the last ten years and fluctuates around 1.4% annually. Life expectancy is 75.2 years for those born in the five-year-period between 1995 and the year 2000.

## 1. ASPECTOS GENERALES

**L**a población de Chile se encuentra actualmente en un proceso de transición demográfica y epidemiológica, presentando una variación importante en la situación de salud de la población, derivada de los cambios políticos, sociales y económicos que han caracterizado al país a partir de la década de los ochenta.

Esto ha determinado una compleja situación de salud, en la que coexisten problemas vinculados por una parte al subdesarrollo como por ejemplo las enfermedades entéricas, las transmisibles y carenciales y, por otra parte, los asociados a los estilos de vida y al desarrollo económico, como son las enfermedades crónicas, los cánceres, los accidentes y los problemas de salud mental, consecuencias tanto de los cambios sociales como de la contaminación del medio ambiente y del mundo laboral.

Los indicadores biodemográficos clásicos, demuestran lo anterior, con una mortalidad general de 5,4 por 1.000 habitantes en 1997, una natalidad de 18,7 x 1.000 habitantes y un crecimiento vegetativo de la población que se ha mantenido estable en los últimos diez años y que fluctúa en alrededor de 1,4% anual.

## TARJETA DE PRESENTACION



The decrease in the percentage of people under the age of 15 and the increase in the percentage of senior citizens due to decreases in mortality rates and the increased childbearing years, directly bears on the Seniority Index <sup>(1)</sup> and the population's average life expectancy.

In Chile in 1999 there are approximately 36 senior citizens per 100 people under the age of 15; by the year 2010 this ratio will have increased to 50 to 100 people <sup>(2)</sup>.

Sanitation levels in Chile are considered to be adequate in comparison to the rest of Latin America. Potable water is available in 99% of urban areas and 49% of rural areas. Sewage coverage reaches 94% in the urban sectors. However, 80% of sewage water is carried away in waterways without previous treatment.

La expectativa de vida al nacer es de 75.2 años para el quinquenio 1995-2000.

El descenso porcentual de los menores de 15 años y el aumento de representatividad de los Adultos Mayores, debido a la baja de la mortalidad, y de la fecundidad, a través del tiempo, incide directamente en el Índice de Vejez<sup>1</sup>, y edad media de la población.

En Chile en 1999 hay aproximadamente 36 Adultos Mayores por cada 100 menores de 15 años, y en el año 2010 estos llegarán a 50 personas.<sup>2</sup>

El nivel del saneamiento en Chile comparado con el contexto latinoamericano se considera adecuado. La disponibilidad de conexiones de agua potable en zonas urbanas es de 99,0%, llegando al 49,0% en zonas rurales. La cobertura de alcantarillado es de 94,0% en el sector urbano. Sin embargo el 80,0% de las aguas servidas son evacuadas a los cursos de agua sin tratamiento previo.

### ESPERANZA DE VIDA AL NACER: POR SEXO, SEGÚN PERIODOS. CHILE 1965-2000 LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, BY SEX, ACCORDING TO PERIODS.

| PERIODO PERIOD | AMBOS SEXOS SEXS | HOMBRES MEN | MUJERES WOMEN |
|----------------|------------------|-------------|---------------|
| 1965-1970      | 60.64            | 57.64       | 63.75         |
| 1970-1975      | 63.57            | 60.46       | 66.80         |
| 1975-1980      | 67.19            | 63.94       | 70.57         |
| 1980-1985      | 70.70            | 67.38       | 74.16         |
| 1985-1990      | 72.68            | 69.59       | 75.89         |
| 1990-1995      | 74.43            | 71.53       | 77.44         |
| 1995-2000      | 75.21            | 72.28       | 78.26         |

Fuente: Minsal. Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health

**INDICE DE VEJEZ Y EDAD MEDIA:  
CHILE 1950-2025**  
**SENIORITY INDEX AND AVERAGE LIFE EXPECTANCY  
IN CHILE, 1950-2025**

| Año<br>Year | Miles<br>Thousands | Vejez (1) (Por 100)<br>Seniority (1) (Per 100)<br>Average | Edad Media (en años)<br>Life Expectancy<br>(in years) |
|-------------|--------------------|---|---|
| 1950        | 6.082              | 18,7  | 26,2  |
| 1960        | 7.608              | 19,1  | 25,7  |
| 2000        | 15.211             | 35,8  | 30,6  |
| 2010        | 17.010             | 50,1  | 33,0  |
| 2020        | 18.774             | 70,0  | 35,1  |
| 2025        | 19.548             | 82,2  | 36,2  |

(1) N° de Adultos de 60 años y más, por cada 100 menores de 15 años.  
Fuente: INE. Instituto Nacional de Estadísticas.

**2. MORTALITY**

Chile stands out in the area of infant and toddler health with an infant mortality rate of 10 per 1,000 live births for 1998. This is mainly due to the implementation of health care programs targeted at child and mother groups and also to improvements in education levels, basic health conditions and per-capita income.

The mortality rate among pregnant women stands at 0.23 per one thousand live births, with complications arising from abortions being the main cause of death.

Mortality rates have also declined for all age groups, with the greatest decline experienced by children under the age of five.

For many years, the main causes of death in Chile were attributed to pathologies strongly linked to the lifestyles and the overall aging of the population, such as circulatory system diseases, cancer, respiratory system diseases. Taken together, these causes account for 60% of all deaths.

**2. MORTALIDAD**

En el campo de la salud del lactante y del preescolar, Chile se destaca por tener una mortalidad infantil de 10,0 por 1.000 nacidos vivos en 1998. Ello se ha debido fundamentalmente a la aplicación de programas de atención de salud que privilegiaron al grupo materno infantil, además de la mejoría del nivel de instrucción de la población, del saneamiento básico y del ingreso per-cápita.

La mortalidad materna es de 0,23 por mil nacidos vivos, siendo la principal causa, el aborto.

Del mismo modo, la mortalidad general ha presentado también una tendencia al descenso, reduciéndose las tasas en todos los grupos de edad siendo la disminución más importante en el grupo de menores de cinco años.

Desde hace varios años, las principales causas de muerte en el país corresponden a patologías fuertemente ligadas a los estilos de vida y al envejecimiento de la población, tales como enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, enfermedades del aparato respiratorio, los que representan en conjunto sobre el 60% del total de muertes.

(1) The Seniority Index is calculated by dividing the number of adults over the age of 60 by one-tenth of country's inhabitants under age 15.

(2) National Statistics Institute (INE): Demographic statistical approaches. (Translation of table on page 15)

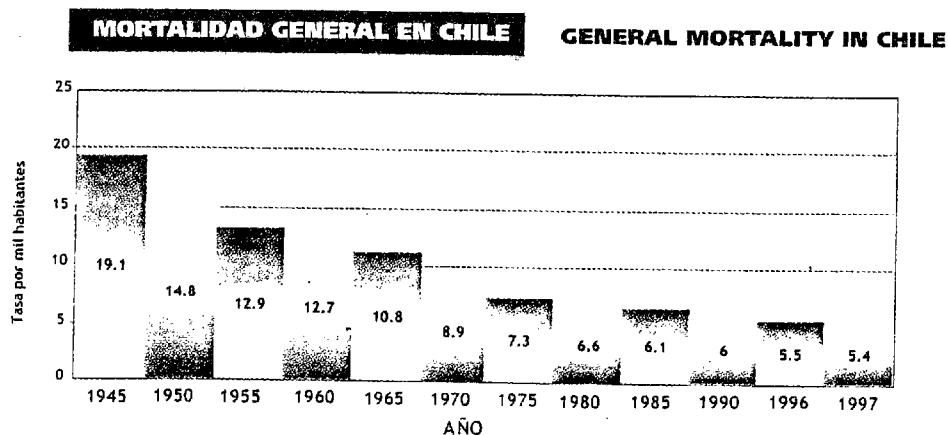
**TARJETA DE PRESENTACION**

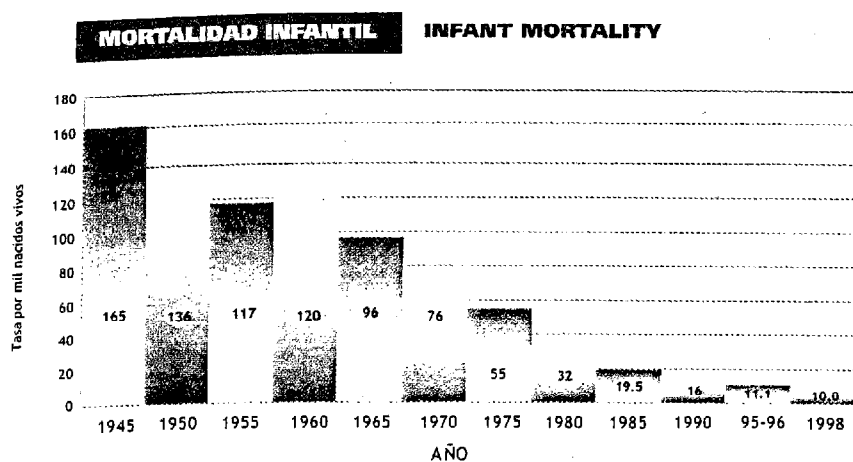
**DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE EN CHILE 1997  
TEN MAIN CAUSES OF DEATH IN CHILE 1997**

| Grupos de Causas   | Groups of Causes                    | Nº de Defunciones<br>Nº of Deaths | %            | Tasa por 100.000 Hab.<br>Rate Per 100.000 Inhabitants |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------|---|
| Enf. del Aparato Circulatorio  | Circulatory System Lleneses         | 20,733                            | 26.42        | 141.8   |
| Tumores Malignos   | Malignant Tumors                    | 17,000                            | 21.66        | 116.3   |
| Enf. del Aparato Respiratorio  | Respiratory System Lleneses         | 9,987                             | 12.73        | 68.3  |
| Traumatismos y Envenenamientos   | Traumatism And Poisoning            | 8,280                             | 10.55        | 56.6  |
| Enf. del Aparato Digestivo   | Digestive System Lleneses           | 5,858                             | 7.47         | 40.1  |
| Signos, Sintomas y Mal Definidas                                       | Signs, Symptoms and Wrongly Defines | 3,718                             | 4.74         | 25.4  |
| Enf. de las Glandulas Endocrinas,<br>De la Nutrición y del Metabolismo |                                     | 2,567                             | 3.27         | 17.6  |
| Enf. Infecciosas y Parasitarias  | Infectious and Parasitical Lleneses | 2,465                             | 3.14         | 16.9  |
| Enf. del Aparato Genitourinario  | Genitourinary System Lleneses       | 1,703                             | 2.17         | 11.6  |
| Transtornos Mentales   |                                     | 1,584                             | 2.02         | 10.8  |
| Resto de Grupos  |                                     | 4,577                             | 5.83         | 31.3  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>TOTAL</b>                        | <b>78,472</b>                     | <b>100.0</b> | <b>536.7</b>  |

Fuente: Minsal. Ministerio de Salud.  
Clasificación de acuerdo a CIE 10

Source: Minsal, Ministry of Health  
Classification according to CIE 10





Fuente: MINSAL, Ministerio de Salud

Finally, as can be seen in the following chart, the mortality rate for children under the age of one is approximately 1 in 100,000. Furthermore, that rate for adults between the ages of 20 and 44 is 140 in 100,000. These figures are an important indicator of the improvement in the life expectancy for newborns.

Por último y tal como lo muestra el cuadro siguiente, vemos que para una población menor de un año, existe una expectativa de muerte de aproximadamente 1.000 niños por cada 100.000 de esa misma edad. En tanto que para una población adulta entre 20 y 44 años esta expectativa de muerte es de 140 personas por cada 100.000 habitantes de este segmento etáreo. Estas cifras constituyen un importante indicador del mejoramiento de las expectativas de vida de nuestra población al nacer.

**MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD ESPECÍFICOS: CANTIDAD ABSOLUTA Y TASA POR CIEN MIL HABITANTES. CHILE, AÑO 1997**  
**MORTALITY BY AGE GROUP ABSOLUTE FIGURES AND RATE PER ONE HUNDRED THOUSAND INHABITANTS, CHILE 1997**

| GRUPOS DE EDADES | AGE GROUP      | Nº DE FALLECIDOS<br>No. OF DEATHS | TASA (Por 100.000 habt.)<br>RATE (per 100,000 inhabitants) |
|------------------|----------------|-----------------------------------|--|
| MENORES 1 AÑO    | Under 1        | 2,732                             | 998,4  |
| 1 A 4 AÑOS       | 1 to 4 years   | 529                               | 45,4   |
| 4 A 9 AÑOS       | 5 to 9 years   | 303                               | 27,9   |
| 10 A 14 AÑOS     | 10 to 14 years | 371                               | 27,6   |
| 15 A 19 AÑOS     | 15 to 19 years | 669                               | 54,0   |
| 20 A 44 AÑOS     | 20 to 44 years | 7,996                             | 139,6  |
| 45 A 64 AÑOS     | 45 to 64 years | 15,954                            | 662,6  |
| 65 AÑOS Y MAS    | 65 and over    | 49,818                            | 4973,4   |
| TOTAL            | TOTAL          | 78,472                            | 536,7  |

Fuente: Minsal, Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health

## TARJETA DE PRESENTACION

### 3. MORBIDITY

As shown in the table below, approximately 25% of the hospitalizations in the country were linked to pregnancy, delivery and puerperium, as a result of a national policy of professional childbirth care.

Following in frequency are digestive system diseases that require surgery, injuries and poisonings, and the respiratory illnesses.

In the case of children under age 2, 60% of hospital stays in 1996 corresponded to respiratory illnesses.

### 3. MORBILIDAD

Como se observa en la tabla siguiente, aproximadamente un 25% de las hospitalizaciones del país estuvieron ligadas al embarazo, parto y puerperio, producto de política nacional de atención profesional del parto.

Siguen en frecuencia, las enfermedades del aparato digestivo de resolución quirúrgica, los traumatismos y envenenamientos y las enfermedades del aparato respiratorio.

Sin embargo, en el caso de los menores de 2 años, 60% de los egresos correspondieron en 1996 a enfermedades respiratorias.

## NÚMERO DE EGRESOS POR CAUSA. CHILE 1996 NUMBER OF PERSON DISCHARGED FROM THE HOSPITAL PER CAUSES IN

| CAUSAS<br>CAUSES  | Nº EGRESOS<br>Nº of people discharged | %      |
|---|---------------------------------------|--------|
| EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO<br>PREGNANCY, CHILDBIRTH, PUERPERIUM  | 355.968                               | 24.59  |
| ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO<br>DIGESTIVE SYSTEM ILLNESSES  | 167.148                               | 11.55  |
| ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO<br>RESPIRATORY SYSTEM ILLNESSES                                   | 154.542                               | 10.68  |
| TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS<br>TRAUMATISMO AND POISONING   | 146.967                               | 10.15  |
| ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO<br>GENITAL-URINARY SYSTEMS ILLNESSES                           | 101.104                               | 6.99   |
| ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO<br>CIRCULATORY SYSTEM ILLNESSES                                   | 80.535                                | 5.56   |
| CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL<br>ILLNESSES ORIGINATED IN THE PERIOD OR PERINATAL | 43.903                                | 3.03   |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS<br>INFECTIOUS OR INTESTINAL ILLNESSES                           | 46.196                                | 3.19   |
| LAS DEMAS ENFERMEDADES<br>OTHER ILLNESSES   | 351.011                               | 24.25  |
| TOTAL<br>TOTAL  | 1.447.374                             | 100.00 |

Fuente: Minsal. Source: Minsal

## Situación de la Salud en Chile 1999

---

The main cause of primary care public sector doctor visits is arterial hypertension (high blood pressure); however, as a group, respiratory illnesses make up the most significant cause (24%) and represent 40% of primary care doctor visits. This distribution is relatively uniform throughout the country.

In the area of transmittable infectious diseases, the rate of tuberculosis infections was 2.6 per 100,000 inhabitants in 1996 and there were no measles infections. It should also be noted that the cholera epidemic that began in Peru in 1991 and spread to Chile was countered with intense education campaigns, food safety inspections and epidemic surveillance. These measures resulted in the reduction of cholera cases from 147 in 1991 to zero in 1995 and to four in 1996 (these four cases did not originate in Chile). These health measures also resulted in a decline in the rate of typhoid infections as well as other infectious enteric diseases.

The HIV/AIDS figures in Chile show that we are facing an increasing epidemic, with an accumulated rate of incidence of 21.2 per 100,000 inhabitants as at March 31, 1999. The virus is most frequently transmitted through sexual intercourse (92% of the cases), mostly involving homosexual and bisexual men. Infection is increasing among women by means of sexual intercourse and blood transfusions (through practices associated with intravenous drug addiction). The group of women involved present lower levels of education and employment than both the nation's women as a whole and men with HIV/AIDS.

AIDS is primarily present in cities. The epidemic is not limited to marginal areas, as evidenced by the fact that the areas hardest hit have fairly strong socio-cultural and economic indicators.

La principal causa de consulta en el nivel primario de atención del sector público es la hipertensión arterial; sin embargo, a nivel de grupo, las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la causa más importante (24%) y representan un 40% de las consultas en el nivel primario. Esta distribución es relativamente uniforme en el país.

En materia de enfermedades infecciosas transmisibles, la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 2,6 por cien mil habitantes en 1996 y no se presentaron casos de Sarampión. Además, cabe destacar que la epidemia de cólera iniciada en Perú en 1991 y extendida a Chile, determinó una intensa campaña de educación, control sanitario de alimentos y vigilancia epidemiológica, intervenciones que lograron limitar la incidencia a ciento cuarenta y siete casos desde 1991 a cero en 1995 y 4 en 1996 (estos 4 casos no fueron autoctonos del país). Estas medidas influyeron, además, en el descenso de las tasas de incidencia de tifoidea y otras enfermedades infecciosas entéricas.

La caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en nuestro país, muestra que estamos frente a una epidemia creciente, con una tasa de incidencia acumulada de 21,2 por 100.000 habitantes al 31 de Marzo de 1999. Se transmite mayoritariamente por la vía sexual (92% de los casos), con predominio en hombres con conducta homobisexual. Muestra una clara tendencia a la feminización, debida a las vías sexual y sanguínea (a través de las prácticas asociadas a la drogadicción intravenosa). El grupo de mujeres afectadas presenta menores niveles de educación y ocupación que las mujeres totales del país y que los hombres con VIH/SIDA.

El SIDA es de localización urbana, y no se observa marginalización de la epidemia ya que las comunas mayoritariamente afectadas tienen buenos indicadores socioculturales y económicos.



## TARJETA DE PRESENTACION

70% of Chilean adults drink alcohol. 20% of male adults are excessive drinkers and 5% are alcoholics. 37.9% of men use tobacco and 25.1% of women are smokers.

With the aim of providing better services to tackle the country's emerging health problems, a quantitative study named "Carga Enfermedad" has been carried out. This study consists of calculating a life expectancy indicator with adjustments for illness (AVISA, in Spanish).

El 70% de los chilenos adultos consume alcohol. Los bebedores anormales alcanzan al 20% de los hombres adultos, con 5% de enfermos alcohólicos. Asimismo la prevalencia de tabaquismo es de 37,9% en los hombres y 25,1% en las mujeres.

Con la finalidad de adecuar las prestaciones de servicios a los problemas emergentes de salud del país, decidió llevar a cabo, entre otros, un estudio cuantitativo denominado «Carga Enfermedad», que consiste en el cálculo del indicador años de vida ajustado por discapacidad o AVISA.

### AVISA (\*): 15 PRIMERAS CAUSAS EN AMBOS SEXOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y RAZÓN POR 1.000 HAB. CHILE 1993.

#### AVISA: THE FIRST 15 CAUSES IN BOTH SEXES. PORCENTUAL DISTRIBUTION AND REASON PER 1.000 INHAB. CHILE 1993.

| Enfermedad                             | illness                          | AVISA  | % Razón/ 1.000 h |       |
|--|----------------------------------|--------|------------------|-------|
| Anomalías Congénitas                   | Congenital anomalies             | 103654 | 5.86             | 7.53  |
| Infecciones respiratorias agudas bajas | Low acute respiratory infections | 73234  | 4.14             | 5.32  |
| Enf. Isquémica del Corazón             | heart ischemic illnesses         | 67534  | 3.82             | 4.90  |
| Enf. Hipertensiva                      | Hypertensional illnesses         | 60172  | 3.40             | 4.37  |
| Enf. Cerebrovascular                   | Cerebrovascular illnesses        | 57700  | 3.26             | 4.19  |
| Asma                                   | Asthma                           | 55118  | 3.11             | 4.00  |
| Accidente del Tráfico                  | trafic accidents                 | 53692  | 3.03             | 3.90  |
| Dependencia del Alcohol                | Alcohol dependency               | 53498  | 3.02             | 3.88  |
| Trastornos de vía biliar               | Gallbladder disorders            | 53361  | 3.02             | 3.87  |
| Trastornos depresivos- MAD             | Depression disorders-MAD         | 53279  | 3.01             | 3.87  |
| Artrosis y afines                      | Arthrosis and sinular illnesses  | 48452  | 2.74             | 3.52  |
| Alzheimer y tipo alzheimer             | Alzheimer and Alzheimer type     | 42889  | 2.42             | 3.11  |
| Afecciones perinatales                 | Perinatal illnesses              | 41710  | 2.36             | 3.03  |
| Psicosis                               | Psychosis                        | 32474  | 1.84             | 2.36  |
| Cirrosis                               | Cirrhosis                        | 32172  | 1.82             | 2.34  |
| Total                                  | Total                            | 828939 | 46.85            | 65.19 |

(\*) Este indicador fue formulado por el Banco Mundial y la OMS y se publicó en el "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993".

(\*) This indicator was formulated by the World Bank and the OMS, and it was published in the Report on World Development, 1993.



This indicator enables measuring of the relative importance of diseases in terms of the loss of years lived produced by premature death and disability. This information enables the prioritizing of policies to respond to the health problems that the country will have to face in the upcoming decades.

#### 4. RESOURCES

**T**he Healthcare System in Chile is made up of public and private subsectors that participate in both health insurance and health services. Both subsectors are regulated by the Ministry of Health, which supervises the private insurance system through the Superintendency of Health Care Institutions (Isapres).

The public subsector provides services through the National Health Services System (SNSS). The System controls a complex hospital network, related outpatient services and a network of primary health care facilities, most of which are administered by municipalities.

Chile currently has 3.0 hospital beds available per 1,000 inhabitants. In the last few years the supply of beds in the private sector has increased considerably and now represents 26.7% of all hospital beds in the country

Este indicador permite medir la importancia relativa de las enfermedades en términos de la pérdida de años de vida que se producen por dos factores: muerte prematura y discapacidad. Ello permite priorizar las políticas en función de los problemas de salud que el país deberá enfrentar en las próximas décadas.

#### 4. RECURSOS

**E**l sistema de Salud en Chile está compuesto por un subsector público y un subsector privado, con participación en el ámbito de los seguros de salud y de las prestaciones. Ambos son regidos por el Ministerio de Salud, el cual supervisa al sistema de seguros privados a través de la Superintendencia de Isapre.

En el subsector público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 entidades denominadas Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, consultorios adosados y una red de establecimientos de atención primaria, en su gran mayoría de administración municipal.

Chile tiene actualmente una disponibilidad de 3,0 camas por mil habitantes. En los últimos años la oferta de camas del subsector privado ha aumentado considerablemente, representando en la actualidad el 26.7% del total de camas hospitalarias del país.

**TARJETA DE PRESENTACION**

**ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA  
PÚBLICO DE ATENCIÓN DE SALUD, 1998.  
ESTABLISHMENTS OF THE PUBLIC HEALTH SUBSYSTEM NET, 1998.**

| Tipo de Hospital                         | Type Hospital                                | Cantidad |
|--|--|----------|
| HOSPITAL TIPO 1 (3)                      | HOSPITAL TYPE 1                              | 20       |
| HOSPITAL TIPO 2                          | HOSPITAL TYPE 2                              | 32       |
| HOSPITAL TIPO 3 (4)                      | HOSPITAL TYPE 3                              | 23       |
| HOSPITAL TIPO 4 (5)                      | HOSPITAL TYPE 4                              | 107      |
| CENTRO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (CDT)     |  | 3        |
| CENTRO REFERENCIA DE SALUD (CRS)         |  | 2        |
| CENTROS GERIATICOS                       | GERIATRIC CENTERS                            | 2        |
| HOSPITALES DELEGADOS                     | DELEGATED HOSPITALS                          | 14       |
| CONSULTORIOS ADOSADOS                    | ADDITIONAL CLINICS                           | 120      |
| CONSULTORIOS GENERALES URBANOS Y RURALES | GENERAL URBAN Y RURAL CLINICS                | 406      |
| POSTAS Y ESTACIONES MÉDICOS-RURALES      | EMERGENCY CLINICS AND MEDICAL-RURAL STATIONS | 1.840    |

(3) Los Hospitales tipo 1 y 2 corresponden a establecimientos de Alta complejidad. The type 1 and 2 Hospital correspond to High Complexity Hospital.

(4) Corresponde a un establecimiento de Mediana Complejidad. This type corresponds to Medium Complexity Hospital.

Healthcare is financed by general tax revenues as well as a 7% remuneration tax that goes to either the public or the private subsector, according to the individual. 27% of the population uses the private insurance system.

En cuanto al financiamiento del sector salud, además del aporte fiscal, en Chile existe un aporte obligatorio o cotización de un 7% de las remuneraciones, cual se destina al seguro público o privado según escoja el usuario. El 27% de la población es beneficiaria del sistema seguro privado.

**NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN SUBSISTEMA DE SALUD  
CHILE 1985-1997.  
NUMBER OF HOSPITAL BEDS ACCORDING TO THE CHILEAN HEALTH  
SUBSYSTEM, 1985-1997.**

| Año<br>Year | SUBSISTEMA PUBLICO<br>PUBLICS SUBSYSTEM | SUBSISTEMA PRIVADO<br>PRIVATE SUBSYSTEM |
|-------------|---|---|
| 1985        | 33,435                                  | 8,789                                   |
| 1986        | 33,103                                  | 9,185                                   |
| 1987        | 32,594                                  | 8,233                                   |
| 1988        | 32,580                                  | 10,199                                  |
| 1989        | 32,818                                  | 10,366                                  |
| 1990        | 32,515                                  | 10,499                                  |
| 1991        | 32,295                                  | 10,600                                  |
| 1992        | 32,176                                  | 10,985                                  |
| 1993        | 31,989                                  | 10,918                                  |
| 1994        | 31,804                                  | 11,208                                  |
| 1995        | 31,579                                  | 11,549                                  |
| 1996        | 31,353                                  | 11,419                                  |
| 1997        | 30,956                                  | 11.065                                  |

Fuente: Minsal. Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health

## Situación de la Salud en Chile 1999

In 1998, the Public Health Sector Budget reached a total of 944 billion pesos, which is equivalent to US\$ 2,075,000 (two million, seventy-five thousand dollars).

En cuanto al Presupuesto del Sector Salud, tal como lo muestra el cuadro siguiente, este alcanzó para el año 1998 un total de Novecientos Cuarenta y Cuatro Mil Ciento Doce Millones de Pesos (MM\$ 944.112), es decir alrededor de Dos Mil Setenta y Cinco Millones de dólares. ( US\$ 2.075.000).

### PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD 1998 PUBLIC HEALTH SECTOR BUDGET, 1998

| ITEMS                         | ITEM                              | MONTO (Millones \$)<br>AMOUNT (Million \$) | %<br>%     |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|------------|
| <b>INGRESOS</b>               | <b>INCOME</b>                     | <b>944,112</b>                             | <b>100</b> |
| Transferencias                | Transfers                         | 305,852                                    | 32         |
| Aporte Fiscal                 | Government contributions          | 463,662                                    | 49         |
| Endeudamiento                 | Debt                              | 12,197                                     | 1          |
| Ingresos de Operación         | Operational Income                | 79,115                                     | 8          |
| Otros Ingresos                | Other Income                      | 83,286                                     | 9          |
| <b>GASTOS</b>                 | <b>EXPENSES</b>                   | <b>944,112</b>                             | <b>100</b> |
| Gastos de Personal            | Staff remunerations               | 348,093                                    | 37         |
| Bienes y Servicios de Consumo | Consumption of Goods and Services | 242,440                                    | 26         |
| Prestaciones Previsionales    | Health Care Insurance             | 145,904                                    | 15         |
| Inversión                     | Investments                       | 56,786                                     | 6          |
| Otros Gastos                  | Other Expenses                    | 150,889                                    | 16         |

Fuente: Fonasa. Ley de Presupuestos.

Per capita public healthcare spending increased by approximately 192% for the population receiving services between 1989 and 1998

A su vez el Gasto Público en Salud Per-Cápita, ha experimentado un aumento para el período 1989 - 1998 del orden del 192% para la población beneficiaria.

### GASTO PÚBLICO EN SALUD, PER-CAPITA. POBLACIÓN TOTAL Y BENEFICIARIA 1989-1998

#### PER CAPITA PUBLIC HEALTH CARE SPENDING TOTAL POPULATION AND POPULATION BENEFITED 1989 - 1998

| Año<br>Year | Gasto MM\$<br>Spending MM\$ | Total Población<br>Nacional (Miles)<br>Total National<br>Population (Thousands) | Total Población<br>Beneficiaria (Miles)<br>Total Beneficiary<br>Population (Thousands) | Gasto \$ Per-Cápita<br>Población Beneficiaria<br>Per Capita Spending<br>on Beneficiary Population | 1989= 100<br>1989=100 |
|-------------|-----------------------------|---|--|---|-----------------------|
| 1989        | 363.413                     | 12.961  | 9.844  | 36.917  | 100                   |
| 1990        | 362.273                     | 13.173  | 9.729  | 37.236  | 101                   |
| 1991        | 412.472                     | 13.385  | 9.414  | 43.815  | 119                   |
| 1992        | 492.839                     | 13.599  | 9.153  | 53.844  | 146                   |
| 1993        | 551.949                     | 13.813  | 8.913  | 61.926  | 168                   |
| 1994        | 598.097                     | 14.026  | 8.687  | 68.850  | 186                   |
| 1995        | 647.263                     | 14.237  | 8.441  | 76.681  | 208                   |
| 1996        | 743.456                     | 14.622  | 8.799  | 84.497  | 229                   |
| 1997        | 875.475                     | 14.821  | 8.753  | 100.000   | 271                   |
| 1998        | 944.112                     | 15.018  | 9.137  | 103.328   | 292                   |

Fuente: Minsal. Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health

## TARJETA DE PRESENTACION

Public healthcare spending is a significant factor in improving the incomes of families with limited resources. In 1996 it represented 31% of the poorest quintile's income. 75% of spending on benefits, healthcare and the National Supplementary Nourishment Program (PNAC) goes to individuals who belong to the two lowest income quintiles.

Between 1986 and 1998, real investments in the public health sector increased by 972%, with a focus on the restoration and improvement of the healthcare network's infrastructure and equipment

El gasto público en salud contribuye de manera importante al mejoramiento de los ingresos de las familias de escasos recursos, llegando a representar en 1996 el 31% de los ingresos del quintil más pobre de la población. Lo anterior se reafirma con el hecho de que un 75% de lo gastado en prestaciones, atención de salud y en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), llega a las personas pertenecientes a los dos primeros quintiles de ingreso

En tanto que la Inversión Real en el sector público de salud, para el periodo 1986-1998 se ha incrementado en un 972%, destacando el enfoque prioritario hacia la reposición y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de la red asistencial.

### INVERSIÓN REAL SECTOR PÚBLICO DE SALUD 1986-1998

#### REAL INVESTMENTS IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR 1986 - 1998

| Año<br>Year | Gasto en Inversión Real MM\$ Año<br>Spending in Real Investment MM\$ Year | Gasto MM\$ de 1995<br>MM\$ Spending in 1995 | 1986=100<br>1986=100 |
|-------------|---|---|----------------------|
| 1986        | 1.261   | 4.720                                       | 100                  |
| 1987        | 1.452   | 4.475                                       | 95                   |
| 1988        | 2.969   | 8.120                                       | 172                  |
| 1989        | 4.568   | 10.290                                      | 218                  |
| 1990        | 3.571   | 6.318                                       | 134                  |
| 1991        | 5.984   | 8.922                                       | 189                  |
| 1992        | 31.832  | 42.114                                      | 892                  |
| 1993        | 33.712  | 39.739                                      | 842                  |
| 1994        | 45.131  | 48.831                                      | 1.035                |
| 1995        | 47.521  | 47.521                                      | 1.007                |
| 1996        | 46.367  | 46.367                                      | 982                  |
| 1997        | 50.608  | 50.608                                      | 1.072                |
| 1998        | 56.786  | 56.786                                      | 1.203                |

Fuente: Minsal. Fonasa.

Source: Minsal, National Health Fund (Fonasa)

In regard to Human Resources, as of 1998 the public sector is made up of 69,444 employees from the National System of Health Services, in addition to 20,137 employees who work in the primary level municipal care system.

Finalmente, y en materia de Recursos Humanos, para el año 1998 el sector público está integrado por 69.444 funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, además de 20.137 Funcionarios pertenecientes a la atención primaria de atención municipal.

**5. HEALTH SERVICES**

Various result indicators show that the administration of the health care system has provided adequate immunization coverage and professional childbirth services.

**5. ATENCIÓN DE SALUD**

La gestión del sistema de salud, expresada en algunos indicadores de resultados, da cuenta de una adecuada cobertura de los programas de inmunización y de atención profesional del parto.

**INDICADORES DE RESULTADO SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD. CHILE 1998.  
RESULT INDICATORS IN THE CHILEAN HEALTH CARE SYSTEM, 1998.**

| INDICADOR / INDICATOR  |       |
|--|-------|
| COBERTURA DE VACUNACION INFANTIL (DPT TERCERA DOSIS/NACIDOS VIVOS)<br>COVERAGE IN INFANT VACCINATION (THIRD DOSE/BORN ALIVE DPT)%                          | 95.28 |
| COBERTURA DE VACUNACION INFANTIL (POLIO 3° DOSIS/NACIDOS VIVOS)<br>COVERAGE IN INFANT VACCINATION (THIRD DOSE/BORN ALIVE POLIO)%                           | 95.36 |
| % DE ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO<br>% OF PROFESSIONAL CARE AT CHILDBIRTH  | 99.60 |
| % BAJO PESO AL NACER<br>% LOW WEIGHT AT CHILD BIRTH  | 5.1   |
| TASA DE MORTALIDAD GENERAL (POR MIL HBTES)<br>GENERAL MORTALITY RATE (PER ONE THOUSAND INHABITANTS)  | 5.4   |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR MIL NACIDOS VIVOS)<br>INFANT MORTALITY RATE (PER ONE THOUSAND BORN ALIVE)   | 10.0  |
| TASA DE MORTALIDAD NEONATAL (POR MIL NACIDOS VIVOS)<br>NEONATAL MORTALITY RATE (PER ONE THOUSAND BORN ALIVE)   | 5.7   |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL TARDIA (POR MIL NACIDOS VIVOS)<br>LATE INFANT MORTALITY RATE   | 4.3   |
| TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (POR MIL NACIDOS VIVOS)<br>PRECOCIOUS NEONATAL MORTALITY RATE (PER ONE THOUSAND BORN ALIVE)                             | 4.5   |
| TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS (POR 1.000 HBTES. DE 1 A 4 AÑOS)<br>MORTALITY RATE FROM 1 TO 4 YEARS OF AGE (PER 1.000 INHABITANTS FROM 1 TO 4 YEARS OLD) | 0.5   |
| TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR MIL NACIDOS VIVOS)<br>MATERNAL MORTALITY RATE (PER ONE THOUSAND BORN ALIVE)  | 0.2   |

Source: Minsal, Ministry of Health

Fuente: Minsal, Ministerio de Salud.

With respect to the above, it should be mentioned that during 1996 the Extended Immunization Program included 100% coverage for measles vaccinations for children of up to 14 years of age and Haemophilus Influenzae type B vaccinations for all children born after May 1, 1996.

En relación a lo anterior, cabe resaltar el hecho que durante el año 1997 el Programa ampliado de Inmunizaciones contempló un 100% de cobertura en la vacunación contra el sarampión, para los menores de 1 a 14 años, así como la vacuna contra la Haemophilus Influenzae tipo B para todos los menores nacidos a partir del 1° de mayo de 1996.

Levels of child malnutrition show systematic decreases (SEMPE - weight/age) and reached a national average of 5.7% in 1992. In 1994 the measuring parameters were changed in favor of NCHS/WHO tables and the

Con respecto a la desnutrición infantil su tendencia muestra una sistemática caída (SEMPE - Peso/Edad) la que alcanza en 1992 a un 5,7% como promedio Nacional. En 1994 se cambia el parámetro de medición

## TARJETA DE PRESENTACION



national malnutrition average for children under six was 0.7%. On the other hand, an emerging problem is a 6% rate of obesity among children under six years of age. In 1996, these rates were 0.6% and 6.2%, respectively.

The following table shows activity indicators reflecting the population's use of the public health services subsystem.

por las tablas NCHS/OMS, dando una prevalencia de desnutrición infantil en menores de seis años de edad como promedio nacional. En tanto y como un problema emergente, la tasa de obesidad en menores de seis años es de un 6%. Estas tasas para el año 1998 fueron 0,6 y 6,7, respectivamente.

En relación al uso que la población hace del subsistema de salud público, en la siguiente tabla se muestran algunos indicadores de productividad asociados a la población total.

### INDICADORES DE USO DE ATENCIONES DE SALUD SUBSISTEMA PÚBLICO CHILE, 1998 INDICATORS OF THE USE THE PUBLIC SUBSYSTEM SERVICES CHILE, 1998.

| INDICADORES / INDICATORS  |        |
|---|--------|
| EGRESOS POR 100 HBTES 1998  |        |
| EXPENSES PER 100 INHABITANTS 1998   | 10.04  |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES Y MENORES POR 100 HBTES. 1998                            |        |
| MAJOR AND MINOR SURGICAL OPERATIONS PER 100 INHABITANTS 1998                                | 7.05   |
| CONSULTAS MEDICAS POR HBTES. 1998   |        |
| MEDICAL CONSULTATIONS PER INHABITANT 1998   | 1.10   |
| CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA POR HBTES. 1998   |        |
| URGENT MEDICAL CONSULTATIONS PER INHABITANT 1998  | 0.65   |
| Nº DE ATENC. AMBULATORIAS TOTALES POR HB. 1998 (MÉDICAS Y PARAMÉDICAS INCLUYENDO URGENCIAS) |        |
| NUMBER OF TOTAL AMBULATORY CARE PER INHABITANT 1998 (MEDICAL AND PARAMEDICAL)               | 2.76   |
| Nº DE EXÁMENES DEL LABORATORIO CLINICO POR 100 HBTES. 1998                                  |        |
| NUMBER OF CLINICAL LABORATORY EXAMS PER 100 INHABITANT 1998                                 | 247.36 |
| Nº DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGIA POR 100 HBTES. 1998  |        |
| NUMBER OF IMAGENOLOGIC EXAMS PER 100 INHABITANTS 1998                                       | 23.01  |

Fuente: Minsal, Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health

## Situación de la Salud en Chile 1999

---

In summary, Chile is a country with two-sided health situation. On the one hand, the country's disease and mortality profile is similar to that of developed countries with more than twice Chile's income; on the other hand, the country still exhibits health indicators characteristic of underdeveloped nations.

The aging of the population, together with chronic illnesses and emerging problems such as teen-age pregnancies, drug addiction and accidents among young people, place Chile in a setting of demographic and epidemiologic transition.

This situation, together with still existing inequalities and inefficiencies has moved the Ministry of Health to focus its actions on the principles of equality, decentralization and user satisfaction and participation. This policy was started with the definition of a new care model where the bottom line is people and their real needs. The above goals are attainable by privileging the strengthening and the modernization the Public Health Care System.

En resumen, en nuestro país se configura una situación de salud dual, coexistiendo por un lado un perfil de morbi-mortalidad parecido a países desarrollados con más del doble de ingresos que el nuestro, y por el otro, indicadores de salud distintivos de situaciones de subdesarrollo.

El envejecimiento poblacional unido a patologías emergentes donde merecen ser destacados, aparte de las enfermedades crónicas, el embarazo de adolescentes, la drogadicción y los accidentes en gente joven, ubican a Chile en una situación de transición demográfica y epidemiológica.

Esta situación, junto con las inequidades e ineficiencias aún existentes, ha determinado que el Ministerio de Salud oriente su accionar en función los principios de equidad, descentralización, satisfacción del usuario y participación. Esta política ha comenzado por la definición de un nuevo modelo de atención que coloca en el centro de sus preocupaciones a las personas y sus necesidades reales. Lo anterior, privilegiando el fortalecimiento y la modernización del Sistema Público de Salud.





### **CAPÍTULO III**

## **OBJETIVOS PRIORITARIOS GESTIÓN MINISTERIAL AÑO 1999**

### **CHAPTER III**

## **PRIMARY MINISTERIAL OBJECTIVES FOR 1999**





**T**his chapter contains a description the current ministry's main objectives of for 1999 and the principal commitments associated with each of them. These goals are as follows:

**1. PROMOTE ACTIONS AIMED AT STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE**

- A. Keep 350 outpatient Primary Health Care rooms in operation, so as to decentralize the demand for hospitalization in Hospitals and give an ambulatory solution to the IRA (Acute Respiratory Infections).
- B. Promote modifications to the Primary Health Care Statute by establishing a timeline and a proposal at the tripartite table.
- C. Modify the Qualifications Rules.
- D. Develop Tutorship Programs Abroad for primary health care teams, evaluating the first stage to implement the 1999 Program.
- E. Create Reference and Counter-reference Standards for the Municipal Primary Health Care clinics and the Public Hospital Secondary and Tertiary Health Care clinics in order to achieve an effective integration among service levels.

**E**n este capítulo se presentan los objetivos prioritarios de la actual gestión ministerial para el año 1999 y los principales compromisos asociados a cada uno de ellos, los que se detallan a continuación:

**1. PROMOVER ACCIONES TENDIENTES A FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

- A. Mantener en funcionamiento 350 salas de Hospitalización abreviada en Atención Primaria de Salud, descomprimiendo la demanda de hospitalización en hospitales y dando solución ambulatoria a las IRA (Infecciones Respiratorias Agudas).
- B. Promover modificaciones del Estatuto de Atención Primaria, estableciendo en la mesa tripartita un cronograma y una propuesta.
- C. Modificar el Reglamento de Calificaciones.
- D. Desarrollar el Programa de Pasantías al Extranjero para los equipos de atención primaria, evaluando la primera etapa para implementación del Programa 1999.
- E. Crear Normas de Referencia y Contrareferencia entre los consultorios de Atención Primaria Municipal y la Atención Secundaria y Terciaria de los Hospitales Públicos, con el objetivo de producir una integración efectiva en los niveles de atención.

## **TARJETA DE PRESENTACION**

---

### **2. PROMOTE ACTIONS AIMED AT STRENGTHENING EMERGENCY ROOM SERVICES**

- A. Produce a National Plan for the Development of the Emergency Service Network and SAMU.
- B. Implement the of medical equipment supply program and the Emergency Room Services physical plant.
- C. Implement the second program for strengthening emergency room services management in the area of organizational work environments and beneficiary services.

### **3. PROMOTE ACTIONS AIMED AT COMPLYING WITH THE SOCIAL AGENDA, ESPECIALLY WITH RESPECT TO SENIOR CITIZENS**

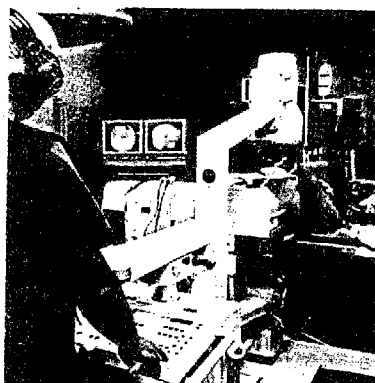
- A. Decrease senior citizen mortality due to pneumonia by 10%, thus contributing to the achievement of the government's social agenda.
- B. Conduct an Anti Flu vaccination program, thus reducing complications and mortality rates among people over the age of 65.
- C. Develop a Social Agenda for the Senior Citizens in regard to the funding and monitoring of 54,000 additional services, including catastrophic diseases, the opportune care program and orthosis and prosthesis delivery.
- D. Initiate the delivery of food for adults over 70 in at least 87 outpatient clinics throughout the country.
- E. Initiate the delivery of medicines for adults above 65 in at least 87 outpatient clinics throughout the country, for the treatment of diabetes, high blood pressure and depression.

### **2- PROMOVER ACCIONES TENDIENTES A FORTALECER LOS SERVICIOS DE URGENCIA**

- A. Elaborar un Plan Nacional de Desarrollo de de Urgencia y Samu.
- B. Implementar el Programa de equipamiento co y planta física de los Servicios de Urgen
- C. Implementar el 2° programa de fortalec to de la gestión de los servicios de urger lo referente al clima organizacional y t. usuario.

### **3. PROMOVER ACCIONES TENDIE A CUMPLIR CON LA AGENDA SOCIAL ESPECIALMENTE EN LI REFERIDO AL ADULTO MAYOR**

- A. Disminuir en un 10% la mortalidad del adu yor por efecto de Neumonía contribuyen ello al logro de la agenda social del gobie
- B. Realizar la vacunación Anti Influenza, per do la disminución de las complicaciones y talidad en mayores de 65 años.
- C. Desarrollar la Agenda Social para el Progr Adulto Mayor en relación del financiam monitoreo de 54.000 prestaciones adicione actividad histórica, incluyendo enfermed. costo catastrófico, el programa de oportun la atención y la entrega de órtesis y próte
- D. Iniciar la entrega de alimentos para adulto res de 70 años en al menos 87 consultorios
- E. Iniciar la entrega de medicamentos para mayores de 65 años en al menos 87 cons del País, para el tratamiento de la di hipertensión arterial y trastornos depresi



**4. DEVELOP ACTIONS AIMED AT PASSING STRATEGIC HEALTH SECTOR BILLS**

- A. Supervise the successful passing of Law 15,076 and its Regulations.
- B. Supervise the successful passing of the Law which strengthens the National Health Fund (Fondo Nacional de Salud, Fonasa) and eliminates the 2% subsidy for Isapres.
- C. Supervise the processing of the AIDS Law (parliamentary motion)
- D. Initiate the processing of the Law against fireworks.

**5. PROMOTE AND CONSOLIDATE ACTIONS FOCUSED ON HIGHER USER SATISFACTION AND ON IMPROVEMENTS IN USER QUALITY OF LIFE THROUGHOUT THE HEALTH CARE NETWORK AND AUTONOMOUS ENTITIES.**

- A. Modernize health care delivery protocols according to quality standards accepted by the international society of evaluation of sanitary technolo-

**4. DESARROLLAR ACCIONES TENDIENTES A LA TRAMITACIÓN DE PROYECTOS DE LEY ESTRATÉGICOS PARA EL SECTOR SALUD**

- A. Cautelar la Tramitación exitosa de la Ley 15.076, así como su Reglamento.
- B. Cautelar la tramitación exitosa de la Ley que fortalece al Fonasa y elimina el 2% de subsidio a las Isapres.
- C. Cautelar la tramitación de la Ley Sida.(moción parlamentaria)
- D. Iniciar la tramitación de la Ley sobre fuegos artificiales.

**5. PROMOVER Y CONSOLIDAR LAS ACCIONES TENDIENTES AL MEJORAMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y DE SU CALIDAD DE VIDA, EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS Y ORGANISMOS AUTÓNOMOS**

- A. Modernizar protocolos de atención de acuerdo con estándares de calidad aceptados por la sociedad internacional de evaluación de tecnologías sani-

## TARJETA DE PRESENTACION

- gies, for the following diseases as a minimum: Neurosurgical (Encephalocranial Traumatism, pulp core hernia,...) Diseases affecting senior citizens (Parkinson, brain vascular diseases...) and Obstretics Pathologies and delivery services.
- B. Reduce infant mortality to 9.8 per one thousand newborns and consolidate the reduction of mortality due to Bronchopneumonia by 60% in children under 1.
- C. Promote public and private institutions' adhesion to the patient's bill of rights.
- D. Implement during 1999 functional changes that increase the response capacity required for the administrative management of the National Health Service in order to achieve a higher response capacity and quality in the 28 Health Care Services and all type 1 and 2 Hospitals. This will be done in the framework of a Streamlining Plan and through the reduction of waiting times for the system beneficiaries. The following steps will be taken:
- Setting priorities for consultations at secondary health care services.
  - Requesting of doctor appointments over the telephone.
  - Granting of deferred hours.
  - Request for the running of tests at the same time as doctor appointments.
- tarias, en al menos las siguientes enfermedades Neuroquirúrgicas (TEC, hernia del núcleo pulpa...), Enfermedades del adulto mayor (enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares...) y Patología obstétrica y atención del parto.
- B. Reducir la mortalidad infantil a 9.8 por mil nacidos vivos y consolidar la reducción de un 60% de la mortalidad por Bronconeumonía en menores de un año.
- C. Promover la adhesión de la carta de derechos del paciente por parte de los establecimientos públicos o privados.
- D. Implementar durante 1999 los cambios funcionales tendientes a obtener el mejoramiento de la capacidad de respuesta necesarios en el sistema administrativo del SNSS, tendientes a obtener el mejoramiento de la capacidad y calidad de respuesta de los 28 Servicios de Salud y la totalidad de los Hospitales tipo 1 y 2, en el marco del Plan de Simplificación de Trámites y reducción de tiempos de espera de los usuarios del sistema a través de las siguientes medidas:
- Calificación de prioridad para interconsultas a nivel de atención secundaria.
  - Solicitud de interconsultas vía telefónica.
  - Otorgamiento de horas diferidas.
  - Solicitud de hora para toma de exámenes simultáneamente a la programación de horas médicas.





- Opening of an office or window for the attending to senior citizens.
  - Elimination of reiterative procedures for the administration of previous patients who are beneficiaries of segments A and B of the National Health Fund.
  - Decentralization in the granting of sanitary permits.
  - Decentralization in the payment of maternity leaves and leaves in general.
- E. Create Protocol Standards for Attention to the Public in institutions belonging to the National Health Service.
- F. Ensure that 85% of the authorizations from SESMA entered during 1999 are processed in a period shorter than or equal to 60 working days.
- G. Ensure that at least 95% of Active Fixed-Point Sources are below emission standards (56mg/m<sup>3</sup> of particulate material) using the Metropolitan Environmental Health Service's registry.
- H. Achieve compliance for the Quality Control Program's top 10 active components present in pharmaceutical products marketed in the country that have a substantive impact on public health.
- Apertura de una oficina o ventanilla de atención para el adulto mayor.
  - Eliminación de procedimientos reiterados para la administración de pacientes antiguos, beneficiarios de los tramos A y B de Fonasa.
  - Descentralización del otorgamiento de las autorizaciones sanitarias.
  - Descentralización del pago de licencias médicas y maternales.
- E. Crear Normas de Protocolo de Atención al Usuario en los establecimientos del SNSS.
- F. Lograr que el 85% de las autorizaciones del SESMA, ingresadas durante el año 1999, sean tramitadas en un tiempo menor o igual a 60 días hábiles.
- G. Lograr que al menos el 95% de las Fuentes Fijas Activas (F.F.A), estén bajo la norma de emisión (56 mg/m<sup>3</sup> de material particulado), sobre la base del registro del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.
- H. Lograr el cumplimiento del Programa de Control de Calidad en los 10 Principios Activos, de mayor impacto en la Salud Pública, contenidos en productos farmacéuticos que se comercializan en el país.

## TARJETA DE PRESENTACION

---

- I. Strengthen care for the most vulnerable users of the National Health Fund (FONASA), especially senior citizens, through the implementation of one (1) Senior Adult branch, the operation of a special telephone line for the elderly in the Metropolitan Region, preferential cashiers and the implementation of a mobile Fonasa for senior citizens.
  - J. Conclude the evaluate and formulation of proposals for the elimination of waiting lists at clinics during daybreaks and mornings, establishing as a goal for 1999 the solution of this problem at least in 50% of the country's outpatient clinics.
  - K. Design and implement biomedical indicators in environmental health.
  - L. Establish a National Forum called "Environmental health and productive development".
  - M. Strengthen, from an institutional viewpoint, the Medical Commissions for Prevention and Disability (COMPIN) at 10 Health Services in the Metropolitan V, VIII and IX Regions in order to expedite the processing and authorization of leaves and the payment of corresponding subsidies, as well as the effective control of the work disability rates which are used as the basis for the design of a Comprehensive Plan for Strengthening the COMPIN.
- I. Fortalecer la atención a los grupos de usuarios más vulnerables de FONASA, preferentemente Adulto Mayor, con la instalación de una (1) sucursal del Adulto Mayor, funcionamiento del For Adulto Mayor en la Región Metropolitana, Instalación de Cajas Preferenciales y la implementación de un Fonasa Móvil para el Adulto Mayor.
  - J. Concluir el diagnóstico y elaboración de propuestas para la eliminación de las listas de espera en los consultorios durante las madrugadas y las mañanas, estableciendo como meta para 1999 eliminar este problema en al menos el 50% de los consultorios del País.
  - K. Diseñar e implementar indicadores biomédicos de salud ambiental.
  - L. Establecer un Foro Nacional denominado «Salud ambiental y desarrollo productivo».
  - M. Fortalecer institucionalmente a las Comisión Médicas de Prevención e Invalidez (COMPIN) en 10 Servicios de Salud en la Región Metropolitana V, VIII y IX regiones, con el objeto de lograr expedita tramitación y autorización de licencias y el pago de los subsidios correspondientes, como el efectivo control de las tasas de incapacidad laboral que sirva de base para el diseño de Plan Integral de Fortalecimiento de las COMPI

### **6. PROMOTE ACTIONS AIMED AT STRENGTHENING THE MANAGEMENT AND DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM**

- A. Decentralize job positions and allocation cycle operations for 1999.
- B. Manage a plan designed to provide training in much-needed specialties abroad.

### **6. PROMOVER ACCIONES TENDIENTE AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**

- A. Descentralizar los cargos y la operatoria del ciclo de destinación año 1.999.
- B. Gestionar la implementación del Plan de formación de especialidades faltantes en el extranjero



- C. Modify the Qualifications Rule in Law 18,834.
- D. Communicate the Human Resources Policy elaborated by the Ministry within the National Health Service.

**7. CONTINUITY AND CONSOLIDATION OF THE "HEALTH IN ACTION 1990-2000" INVESTMENT PROGRAM**

- A. Achieve a 33% decentralization of the sector's investments in the year 2000 budget. Presidential priority.
- B. Conclude the studies for the development of the Health Care Network in the thirteen regions and submit the proposals stemming from said studies.
- C. Elaborate the portfolio for Investment Projects for the 2000-2005 period at a the regional and national levels.

**8. PROMOTE FINANCIAL EFFICIENCY WITHIN SECTOR MANAGEMENT**

- A. Control the debt levels (overdue portfolios) and their relation with the Health Services' net operational result.

- C. Modificar el Reglamento de Calificaciones de la Ley 18.834.
- D. Difundir la Política de Recursos Humanos elaborada por el Ministerio en el SNSS.

**7. CONTINUIDAD Y CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA DE INVERSIONES «SALUD EN ACCIÓN 1990-2000»**

- A. Lograr que en el presupuesto del año 2000 contemple la descentralización del 33% de las Inversiones del sector. Prioridad Presidencial.
- B. Terminar los Estudios de Desarrollo de la Red Asistencial en las trece regiones y presentar las propuestas que se deriven de éstos.
- C. Elaborar la cartera de Proyectos de Inversión para el quinquenio 2000-2005 a nivel Regional y Nacional.

**8. PROMOVER LA EFICIENCIA FINANCIERA EN LA GESTIÓN DEL SECTOR**

- A. Controlar el endeudamiento (cartera vencida) y su relación con el resultado operacional neto de los Servicios de Salud.



## TARJETA DE PRESENTACION

- B. Develop initiatives and programs that provide for the systematic and global administration of ministry savings through the implementation of scale economies at the National Health Services.
  - C. Implement a system for the control and evaluation of budgetary performance in the work areas defined as priorities for 1999.
  - D. Design and implement the Health Care System budget formulation process for the year 2000.
  - E. Implement the first stage for narrowing equality and efficiency gaps in the Health Care System.
- B. Desarrollar las iniciativas y programas que permitan la gestión sistémica y global de la política ahorro ministerial, a través de la implementación de economías de escala en el SNSS.
  - C. Implementar un sistema de control y evaluación de la ejecución presupuestaria en las áreas de bajo definidas como prioritarias para 1999.
  - D. Diseñar e implementar el proceso de formulación presupuestaria año 2000 en los Servicios de Salud.
  - E. Implementar la 1ª etapa del cierre de brechas de equidad y eficiencia en los Servicios de Salud.

### **9. DEVELOP ACTIVITIES TO FOSTER A DEBATE AIMED AT IMPROVING THE HEALTH SECTOR IN THE NEXT CENTURY**

- A. Create up a framework for initiating the debate process.
- B. Create an executive department that will establish a work plan ensuring broad participation in the debate.
- C. Formulate proposals to be submitted for consideration by the President of the Republic.

### **9. DESARROLLAR ACCIONES TENDIENTES A PROMOVER EL DEBATE DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD HACIA EL PRÓXIMO SIGLO**

- A. Instalar un grupo de trabajo que inicie el proceso de debate.
- B. Crear una secretaría ejecutiva que establezca un plan de trabajo que asegure la más amplia participación en el debate.
- C. Elaborar un documento con propuestas para ser sometidas a consideración de S.E. el Presidente de la República.





**10. DEVELOP AN ACTIVE COMMUNICATIONAL POLICY TO PUBLICIZE ADVANCES IN PUBLIC HEALTH MATTERS**

- A. Publicize achievements related to the Social Agenda.
- B. Publicize successful experiences, at both the sanitary and administrative levels, at public hospitals.
- C. Publicize the development of the renovation and commissioning program for equipping hospitals and outpatient clinics.
- D. Foster campaigns that foster healthy lifestyles and prevent harmful behavior.
- E. Develop an Internal Communications Network to improve the working conditions and the commitment to the Ministry's priorities.

**10. DESARROLLAR UNA ACTIVA POLÍTICA COMUNICACIONAL PARA DAR A CONOCER LOS AVANCES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA**

- A. Dar a conocer los logros en materia de la Agenda Social.
- B. Dar a conocer las experiencias exitosas, tanto sanitarias como de gestión administrativa, de los Hospitales públicos.
- C. Difundir el avance del programa de renovación y puesta en marcha de obras y equipamiento hospitalario y consultorios.
- D. Impulsar campañas en favor de la promoción de estilos de vida saludables y prevención de conductas de riesgo para la salud.
- E. Desarrollar un Plan de Comunicaciones Internas, para mejorar el clima laboral y de compromiso con las prioridades de la acción ministerial.

企画協力省

社会部 身体障害者課  
身体障害者国家基金 FONADIS

身体障害者の社会復帰に関する法律

第 19284 号

チリ国サンチアゴ市、1994 年 1 月

## 目 次

法律第 19284 号

身体障害者の完全社会復帰に関する基準の制定

厚生省令第 2505 号

身体障害者の審査・認定に関する条例の承認

法務省令第 1137 号

国民身体障害者登録に関する条例の承認

運輸通信省令第 141 号

省令 1992 年第 212 号の修正

国内テレビジョン審議会決議

テレビジョン放送の音声情報に聴覚障害を覚える市民に対する基準の制定

大蔵省令第 940 号

省令 1970 年第 1950 号の修正

運輸通信省令第 249 号

法律第 19284 号第 39 条の制定

住宅都市計画省令第 40 号

省令 1992 年第 47 号の修正

住宅都市計画省令第 41 号

省令 1984 年第 62 号、1986 年第 167 号、1988 年第 44 号および 1990 年第 140 号の修正

## 法律第 19284 号

国会が以下に示すところを承認したことに鑑み、

### 法 案

#### 第 I 編 予備的基準

**第 1 条** 本法律は、身体障害者を完全社会復帰させる手続きと条件を定め、かつ憲法と法律が万民に認める権利の完全な行使を見守ることを目的とする。

**第 2 条** 身体障害の防止とリハビリテーションは国家の責務であり、同時に身体障害者、その家族および社会、これら全体の権利であり義務である。

国家は、本法律が定める前提と条件の下に、上記段落に定める責務を遂行するものとする。

**第 3 条** 本法律の発効に伴い、先天的であれ後天的であれ、身体、精神または感覚に永久的と見られる欠陥が一つ以上ある結果として、またその他の原因によって、教育を受け、労働に従事し、または社会復帰する能力が3分の1以上欠けている者はすべて身体障害者と見なされる。

身体障害をなす欠陥の存在を決定する手続き、即ちその定性化と定量化については、別途、条令により示す。

**第4条** 国家は身体障害者向けプログラムをその障害特有の性格に応じて実施するものとする。このため、各プログラムは、それが適用される特定の障害を考慮して設計するものとし、障害者が満たすべき必要条件是、障害度と社会経済レベルを優先基準に照らして検討の上、決定するものとする。

**第5条** 欠陥や障害を治療し、回復やリハビリテーションを図るために必要な、あるいはその進行や他障害の併発を防ぐために必要な物品はすべて介護用品と見なされる。同様に、身体障害者が通信と移動の障壁を克服し正常状態に完全に戻れるために、その運動、感覚または知覚の機能障害を1つでも回復させるものは介護用品と見なされる。

**第6項** 本法律の定める恩典を受けるためには、第7条に示す証明書を所持し、かつ国民障害者名簿に登録されていることが必要である。

## 第II編

### 身体障害者の認定と診断

**第7条** 身体障害者の症状を確認、判定、評価、表明することは厚生省令1986年第42号に定める保健サービスに関する予防医学・障害委員会（COMPIN）および厚生省がこの趣旨で承認した公的、私的機関の職務である。これ等職務の全部または一部を行うに際しては、厚生省が定める基準および本編の条項の枠内で行うものとする。

いずれにしても、障害の証明はCOMPINのみに課せられた職務である。

第1段落に示す委員会と機関は、少なくとも、障害の種類と程度の表示を含んだ報告書を提出するものとする。その他の情報としては、障害を起こす欠陥、身体障害者が持つ適性・能力と今後伸ばし得る適性・能力、診断された者の人柄と家庭環境、受けるべきリハビリテーションの一般的特徴、および同報告書を現行に維持するため必要とする再評価の周期が挙げられる。

審査は身体障害者、代理者、または条令が指定する者の申請に基づき行うことが出来るものとする。新たな欠陥または障害が現れ、あるいは認定済みの障害が悪化した場合の再審査についても同様とする。

**第8条** 申請者はその求める認定を正当化しうる障害を持つことをそれぞれ申請書で述べるものとする。さらに、求められた病歴書が手元があればこれを添付し、無ければ何処にあるかを述べるものとする。

**第9条** 予防医学・障害委員会は、本法律で委任された職務を果たすため保健や治療の公的、私的サービス機関から、さらに当該患者の治療に携わり症状を知っている専門医から、必要な治療歴などを請求出来るものとし、また後者にも提供義務があるものとする。

**第10条** 判定と審査の過程にある者は、申請書の処理保留の通告に応じて、委員会の指定する試験と面接を受けるものとする。かかる場合、申請書は6ヶ月経たぬ間は考慮されないものとする。第7条に述べた報告書に示す再評価へ不当に出席しなかったり、障害者を完全回復に導くりハビリテーションの過程を度々、不当に放棄する時は、身体障害者認定が完全に失効するものとする。

**第11条** さらに、本法律の発効に伴い、予防医学・障害委員会は、場合に応じて心理学者、福祉助手および心理教育者または職業臨床医から構成されるものとする。同様に、それが適切と考えられる時は、障害の性質とその身体障害者の特殊事情に応じたスペシャリスト一人以上を加えるものとする。

**第12条** 第3条で述べた身体障害者は国民身体障害者名簿に登録されることが出来、また登録済みの場合もあり得るが、それぞれ予防医学・障害委員会から証明書が交付される。

## 第 III 編

### 予防およびリハビリテーション

**第 13 条** 本法律の発効に伴い、予防とは、身体障害を引き起こしうる欠陥の原因を避ける方策とともに、その進行または他の身体障害の併発を防止する方策を含むものとする。

予防は保健、教育、労働および通信の分野で特に重要である。この予防は主として次のことを提供するものとする。

- 1) 妊娠、産褥期および生れたばかりの赤子に十分な注意を払い欠陥と障害を防止し発見すること。
- 2) 遺伝学について助言すること。
- 3) 生れたばかりの赤子に代謝障害がないか検査すること。
- 4) 生れたばかりの赤子の目だった先天的奇形を発見し登録すること。
- 5) 身体的、知的健康を促進し、特に麻薬の不法使用やアルコール、タバコの乱用を避けること。
- 6) 交通事故、労務災害や職業病を予防すること。

**第 14 条** リハビリテーションの目的は、身体、精神または感覚に障害を持ち、社会、学業または仕事への復帰が難しい人々に、適切な時に必要な援助とサービスを提供することにより、機能回復とその維持が出来るようにすることにある。完全な回復が望めない場合、リハビリテーション活動は、残された機能を開発すること、およびこの障害を補償する代替用品を付与することにある。



**第 15 条** 国家は、医療行為の一環として、医療・機能的な予防およびリハビリテーションを確保するために必要な機材と要員を提供するものとする。

上述とは別に、国家は公共または民間の予防・リハビリテーションセンターの設立を推進し、第 13 条および第 14 条に示した目的の達成、専門職の養成とレベル向上、および介護用品の研究、生産と商品化に努めるものとする。

同様に、専用のプログラムを通して、予防およびリハビリテーション活動を行う資力に乏しい身体障害者大衆への対応を改善し、かかる活動に協力するため資金の投入を行うものとする。

**第 16 条** 身体障害の理由から、日常生活本来の機能を果たし、教育を受け、あるいは仕事をするために義手義足など介護用品が不可欠な場合、これら器具の取得、保持、装着および更新はリハビリテーション過程の一部であると理解するものとする。

**第 17 条** リハビリテーションの間、知的健康への助力に重点を置く傾向があるが、これはリハビリテーション中の人に能力を最大限、発揮させるためである。必要とあれば、この助力は家族にも差伸べることが出来るものとする。

## 第 IV 編 機会均等

### 第 I 章 文化、情報、通信および広場への接近

**第 18 条** 教育施設、公立、私立の組織、企業家、および一般にコース、雇用、サービス、いわゆるコンクール、等を提供する人または機関であって、選抜に際し、試験等の条件を課すものは、その性格に関わらず、機会均等の見地から身体障害者が必ず参加できるような選抜方法を採用するものとする。

**第 19 条** 国内テレビジョン審議会は、聴覚障害者にニュース番組を提供する視聴覚通信技術を国内テレビジョンシステムに適用するため基準を制定するものとする。

**第 20 条** 公共図書館は視力障害者用の資料と設備を徐々に用意して行くものとする。

**第 21 条** 新たな建設、拡張や据付け工事を行う場合、それが電話や電気の工事であれ、公共や民間のビル改築であれ、さらに公道や公共交通機関への連絡路、公園、庭、広場の工事であれ、竣工後に一般大衆も使う施設は、車椅子で移動する人が難なく近づき利用出来るものでなければならない。車椅子の人がエレベーターを利用する場合、そのエレベーターには車椅子を運べるだけの容量を持たせるものとする。

所轄当局は、現行の都市計画と建設の基準を修正し、これにプロジェクトおよび認可、検査の手続きを徐々に適合させて行くべき条件を入れるものとする。さらに、不履行に対する制裁、および既存の建物が上記段落に示した条件に合致するまでの期限と優先順位を定めるものとする。

**第 22 条** 住宅都市計画省は、その助成金制度の枠内で、住宅を取得し整備するため、また一人以上の身体障害者、その家族または一緒に住む代理人がいつも住み、いつまでも住めるよう住宅問題の解決を図るため、助成金交付条令を制定するものとする。

この条令は少なくとも次のことを定めるものとする。

- a) 助成金割当の優先順位
- b) 上述の人々に後で助成金を交付するために、住宅用の土地と建物に係るシステムを決定すること
- c) 割当てられ、取得された既設建物を順次直して行く場合の助成金交付手順

**第 23 条** レンタカーは唯一の例外として、乗客を運ぶ公共交通機関はすべて、身体障害

者が使用しても容易に到達しうるような座席を用意し、かつそれが直ぐ分るような表示を付けるものとする。座席数は10座席ごとに、少なくとも1座席あることが望ましい。

**第24条** 身体障害者の移動を容易にし、その安全を確保するため、全国、地方、州、自治体各レベルの所轄官庁および市役所は、乗客交通機関をこれに適合させる技術的方策を講じるものとする。運輸通信省はこの方策と表示システムを指示し、さらに検査方法、不履行に対する制裁措置および実施期限と優先順位を定めるものとする。

**第25条** 公共、民間を問わず商業用、工業用やサービス用の施設とか芸術、文化やスポーツの興行用施設等で、一般大衆も使い、駐車場設備を持つ建物は身体障害者の使用に供するため十分な駐車位置数を取っておくものとする。この義務が十分に履行されているか否か見守ることは各市役所の責務とする。

## **第II章 教育への接近**

**第26条** 特殊教育は一般の教育とは異なる様式のものであり、柔軟で活動的システムを構成することが特徴であるが、正規の教育システムで活動を展開するに越したことはない。本法律が認めるところに従い、この教育は、身体障害の有無に関わらず、特種教育を必要とする者に対して専門化されたサービスと資源を提供するものである。

**第27条** 正規教育の公立、私立施設は、特種教育が必要な人々を既存レベルのコースに参加させ、その便宜を図るために必要となる教程の改定と適合化を行い、所要の補習授業を与えて彼等がこのシステムに留まり、かつ前進することを保証するものとする。

障害の性質および（または）程度により上述のとおり通常コースへ復帰することが不可能である時は、特殊授業が同じ教育施設内の特殊学級で行われる。第28条に述べる文部省チームが不可欠と宣言する場合に限り、教育復帰は特殊学校で必要な期間だけ行うものとする。

国家はこれまでの段落に示した条項を満たすため、教育助成金システムに必要な変更を加

えること、および（または）この目的に適う他の手段を講じることによって、協力を行うものとする。

**第 28 条** 特殊教育を受ける身体障害者に必要なもの、教育形態および教育施設、さらに必要な授業時間は、文部省の多分野専門職チームから出される報告書に基づき決定するものとする。ただし、本法律が予防医学・障害委員会に付与した権限、および本法律の第 3 条に示す条令の規定によって同委員会が発行する証明書についてはこの限りでない。

**第 29 条** 特殊学校は、第 27 条の第 2 段落のとおり、特殊教育を必要とする人々の世話をするだけでなく、幼稚園、初等中等学校、上級学校や特殊教育を要する人々を復帰させ、復帰に努める訓練校、これら教育機関に対しても特殊な資源を提供し、サービスと助言を行うものとする。

**第 30 条** 文部省は身体障害者が学習、文化開発、向上に関するプログラムに参加することを見守るものとする。同様に、上級教育のプログラムで身体障害者に関するテーマが出来るだけ考慮されるよう推進するものとする。

**第 31 条** 初等教育システムの児童が、医療機能的リハビリテーションを行う過程の性格によっては、特殊センターに 3 ヶ月間以上も収容され放しにされることもあるが、かかる児童については、文部省がそれ相応に学業の面倒を見るものとする。これは文部省が定める基準に従い、勉学継続のために認められるものである。

**第 32 条** 文部省は、特殊な機構を作り、身体障害のために義務教育を全く受けていない人々が正規の教育または訓練に参加することが出来るようプログラムを適合化するものとする。

### **第 III 章 訓練と労働復帰**

**第 33 条** 国家は、身体障害者を職業復帰させ、またその強化を図るために特別のプログラムを作成し、関連組織を通じて職業訓練を推進するものとする。

**第 34 条** 本法律の第 5 編に述べる国民障害者名簿に登録された身体障害者は労働法第 77 条に示す見習い契約を 24 才まで結ぶことができる。

国家が、1976 年政令 1446 号、第 1 編、第 3 節の規定により、訓練プログラムに全面的あるいは部分的に融資する時は、身体障害者を年齢制限なく参加させるために必要な方策が講じられるものとする。なお、この政令はその内容が書き直され調整され体系化されて、法律第 1 号関連の 1989 年労働省令として発布された。

**第 35 条** 前条に示すような場合、使用する材料や部品は障害者にとって使い勝手の良い物を選ぶものとする。

**第 36 条** 国家は、それぞれの組織を通じて、身体障害者向け訓練プログラムが彼等の必要性、および労働市場の必要条件と可能性に合わせて作られ実施されているかどうか見届けるものとする。

**第 37 条** 国家は、関連する組織を通じて、条件を設定し、身体障害者の独立性、自己開発、家族をもち尊厳ある生活を享受する権利の行使を保証するため、その労働復帰を見守るものとする。

**第 38 条** 身体障害者の職業訓練には、実務養成に加えて、専門職的オリエンテーションを含めるものとする。ただし、その実施に際しては、受益者の実力、有効に受けた教育および関心事を考慮し、また各診断報告書を参考とするものとする。

#### **第 IV 章 関税免除**

**第 39 条** 法律第 17238 号第 6 条に定める車両輸入に関する基準の適用は、18 才を超え、予防医学・障害委員会に身体障害者と認定され、国民身体障害者名簿に登録されており、かつ運転を法的に許された者に限るものとする。

法律第 18349 号により修正された法律第 17238 号、第 6 条の第 4 段落に定められた最高価格はそれぞれ US\$8,000 と US\$12,000 に値上げされる。

同条に定める恩典は、現在の公共輸送機関に乗込める状態にない、身体障害者用の集合輸送にのみ使われる車両の輸入にも適用するものとする。車両の FOB 価格は US\$15,000 を超えないものとする。ただし、何れの場合も、COMPIN が指定する身体障害者用の特別装備を構成するオプションエレメントはこの額に含まれないものとする。運輸通信省はかかる輸入許可について明確化するものとする。

上記段落に定める恩典で輸入される車両は 5 年間以上、身体障害者の集合輸送用に使用することが許される。その路線は普通、特別何れのものであってもよいし、労働者や生徒、さらに会社が介護する他の身体障害者グループ、これらの輸送用に諸機関が契約したものであっても構わない。

本条の第 3 段落に定める恩典の運輸通信省による認可、管理および検査に対する基準は、別途、条令で定めるものとする。

非営利の法人もまた、本条に定める恩典を請求出来るものとする。これは、彼等がその任務遂行の一環として介護する身体障害者の輸送用車両を輸入するための請求である。車両の FOB 価格は US\$15,000 を超えないものとし、5 年間以上、このように使用することが許される。ただし、何れの場合も、COMPIN が指定する身体障害者のために必要なオプションエレメントはこの額に含まれないものとする。

**第 40 条** 次の介護用品の輸入に際して支払った関税はすべて払戻すシステムを確立するものとする。

1. 聴覚、視覚および身体用の介護用品
2. 義足類
3. 装置、医薬品、身体障害者の治療とリハビリテーションに必要な用品

4. 装置、機械および身体障害者が使うために特別に設計、工夫した工具
5. 移動用具、介護用品および身体障害者の自立と安全を容易にするために必要となる個人的衛生用品
6. 身体障害者の通信、情報および信号を容易にするための特殊用品
7. 身体障害者の教育、訓練およびレクリエーションのための特殊な装置、材料

**第 41 条** 個人用の用品を輸入する身体障害者、および合法的に身体障害分野で働き、その目的を達成するため、あるいは介護している身体障害者の使用や福祉のために必要な用品を輸入する非営利法人は、前条が与える恩典を請求出来るものとする。

介護用品の受領者たる障害を持った自然人も、本条の第 1 段落に述べた法人も国民身体障害者名簿に登録されていなければならぬものとする。

**第 42 条** 前条に示す輸入者は、次の文書を添付して、払戻し申請書を財務局へ提出するものとする。

#### 1. 身体障害者

##### a) 本法律の第 7 条に示す予防医学・障害委員会の証明書

この証明書には障害の種類と程度を、さらに介護用品を使用する場合は、輸入受取りの必要性を記入するものとする。

b) 公証人の前での宣誓し、ここで受取人は輸入介護用品を受取ったことを申告する。

#### 2. 非営利法人

a) 輸入、清算および為替支払い証明書申告の認可済み写し

b) 1970年大蔵省令第1950号第23条に示す委員会賛成の報告

法人が輸入した介護用品が、その介護する自然人あてのものであれば、さらに上記第1項のa)、b)両句に示す文書を添付するものとする。

**第43条** 払戻しは財務局が、輸入者の請求を受けて、チェックを振り出すことによって行われる。この払戻しは前条に述べた申請書が受理されてから30日以内に行われる。

**第44条** この免除を受けて輸入された介護用品は譲渡の対象にも受領者の支配、所持、所有からの移動または受領者以外の第三者の使用という生者間の如何なる法的行為の対象にもなり得ないものとする。ただし、輸入から5年以上経過した場合、予防医学・障害委員会発行の証明書に受領者にとってもはや有用でないむね記載がある場合、または然るべく再計算された払戻し金を全額支払う場合はこの限りではない。

受領者にとってもはや有用でない介護用品に関し、前段落に述べた譲渡は他の身体障害者に対してのみ行えるものとする。この場合、本法律第42条の必要条件を満たすものとする。

**第45条** 払戻し金を不当に請求し、または受取ることは、すべて本法律に抵触するものであり悪例を残すこととなるが、1883年法律第30号関連の大蔵省令第187条にいう詐欺罪を犯すこととなる。なお、この省令は1953年法律第213号関連省令の修正版である。

## 第V編

### 国民身体障害者名簿

**第46条** 国民身体障害者名簿は民間登録・識別サービスが担当して作るものとするが、その目的は身体障害者の病歴および次条に述べる諸機関の前歴を、条令の定める方式で、



収集・維持することにある。

**第47条** 国民身体障害者名簿は以下のとおり作成するものとする。

1. 登録申請書を提出し、かつ予防医学・障害委員会が発行した証明書を持参する身体障害者を登録する。
2. 登録の対象は、自然人または法人で、リハビリテーション、生産、教育、訓練、慈善、同業組合、労働組合の組織、および一般に身体障害者と活動を共にし、あるいは関係がある全ての人々とする。これらの人々はその法的存在を証明する文書を持参せねばならない。
3. 上記第2項に示す人々による本法律違反の処罰を登録する。
4. 公共機関に必要な情報を送出する。
5. 登録信任状と条令の定める証明書を与える。
6. 企画協力省または予防医学・障害委員会が求める時は、第1項および第2項に示す人々の登録を抹消する。

本法律に従って権利を請求する人々はすべて国民身体障害者名簿に登録されるものとする。

## 第VI編 手続きと制裁

**第48条** 現行の行政上および刑法上の基準は別として、不当ないし不法な行為または過失の理由で、本法律に保証される権利と恩典について差別または脅迫を受けた人はすべて自分自身でまたは代理人を以って住所を管轄する地元警察の裁定官へ訴えることが出来る

ものとする。同裁定官は直ちに裁決を下して、その冒された権利を保証し回復すべきものとする。

**第 49 条** 前条に示す条件で不当ないし不法な行為または過失の犯人として制裁を受けた者は毎月、1 単位から 3 単位の罰金を払うものとするが、再犯の場合はこの倍額を支払うものとする。再犯は、それが国民身体障害者名簿に登録されれば、登録抹消の十分な理由となりうる。

**第 50 条** これらの訴訟には法律第 18287 号に定める手続きが適用される。

**第 51 条** 地元警察の裁定官は前条に述べた基準違反で自然人または法人に宣告される確定判決を国民身体障害者名簿に通知するものとする。

## **第 VII 編**

### **国民身体障害者基金**

**第 52 条** 「国民身体障害者基金」なる名称の公益法人を設立するものとする。同法人は独立採算制を採り、調達、権利の行使、契約義務の完全な能力があり、その目的は本法律に係る身体障害者のために第 54 条に述べる資産管理を行うことにある。

**第 53 条** 国民身体障害者基金は企画協力省を通じて国家と関係を持ち、所在地はサンチアゴ市で、特別なことがない限り、すべての業務や契約における識別に「FONADIS」という略号を使うことが出来るものとする。

**第 54 条** 国民身体障害者基金の資産は無償、有償で調達される動産と不動産で構成され、特に次のものが含まれる。

a) 本法律が定める基金の資本金

- b) 法律が予算として毎年計画する資産
- c) 一般の法律または特別の法律により与えられる資産
- d) 目的達成のため自由に使用される国際協力の供与資金
- e) 国民身体障害者基金が受取る相続資産、相続資金および供与資金
- f) 合法的な賭博などからの収入
- g) 上記諸資産から産み出される収入

国民身体障害者基金に与えられ、または放置される相続資産や供与資金に対しては、あらゆる税や課徴金類を免じられるものとする。

前出の供与資金は申請手続きが免じられるものとする。

**第 55 条** FONADIS が管理する資産は次の目的に振り向けることが望ましいものとする。

- a) 第 5 条および第 40 条で述べた、資金不足の身体障害者または非営利法人に向けた介護用品の 3 分の 1 の調達額について、その全部または一部に資金を供給する。
- b) 身体障害者のためのプラン、プログラム、プロジェクトに、その全部または一部に資金を供給する。ただし、これらは 3 分の 1 だけ実施されるもので、予防、診断、リハビリテーション、社会復帰の分野に当てることが望ましい。
- c) 管理費の資金とする。

**第 56 条** 上記の条で述べた資産は次の基準で割当てるとする。

- a) 介護用品の取得：FONADIS が国営の団体や機関、または身体障害者の介護を目指す非営利の私的法人と締結した協定によって割当ててる。
- b) プラン、プログラム、プロジェクトの実施：公開入札を通じ割当てを行うが、契約相手は自然人・法人の別、チリ人・外人の別、国際組織・外国組織の別を問わない。

FONADIS が国営の団体や機関に割当ててる資金は通常の調達、プログラムあるいは活動への融資であってはならない。

**第 57 条** 国民身体障害者基金の経営は理事会の責務であり、これが最高権限を持つ。

理事会は次のとおり構成される。

- a) 企画協力大臣。理事会の議長を務め、賛成、反対が同数の案件に決断を下す。
- b) 文部大臣、厚生大臣、労働大臣、住宅都市計画大臣および運輸通信大臣またはその代理者
- c) 非営利の身体障害者組織の代表者 4 人
- d) 企業分野の代表者 1 人
- e) 労働組合の代表者 1 人
- f) 身体障害者の介護に当る民間慈善団体の代表者 2 人

理事は名誉職である。上記 c)、d)、e) および f) の各句については、それぞれの団体が条令の定める方法で代表者を選出・推薦し、共和国大統領がこれを理事に任命する。理事の任期は 4 年間で、再選可能である。

## 第 58 条 国民身体障害者基金の特別任務

- a) 法律、条令、定款および決議に従って、
  - 慈善寄付、出資金、助成金へ融資を行う。
  - 入札に際し落札者を決定する。
  - 協定を締結する。
  - 指名入札を決定する。
- b) 各省、公共サービス、国家が関与する団体に任務遂行のため必要とする経緯と情報の提供を依頼する。
- c) 年間活動プログラム、および基金の予算案とその修正案を承認する。
- d) 職務と権限の一部を総裁と他の職員に、また特定事項については委員会に委譲する。  
委員会は事実上、理事から構成されるが、理事会外の人からも構成される。
- e) 基金の内部組織とその変更案を承認する。
- f) 法律、条令または定款によって委任されたその他の職務、業務を遂行する。

上記 a)、c) および d) の各句を決議するためには、出席した理事の 3 分の 2 が賛成票を投じることが必要である。

**第 59 条** 基金の経営は総裁の職務であり、法律上、裁判上また裁判権外の代表権を持つ。総裁は共和国大統領の絶対的信任に応えなければならない。

**第 60 条** 国民身体障害者基金の総裁が果たす機能は次のとおりである。

- a) 理事会の決議と指示を遂行し、また遂行させる。権限の行使に関しては理事会から委任された行為と職務を行う。
- b) 理事会に対し、基金の年間活動プログラムおよび理事会の検討と決議を要する事項を提案する。

- c) 基金の予算案を作成して理事会に諮り、最終的に承認されたものを実施する。また、実施中に必要が生じればその修正案を提出する。
- d) 基金の内部組織とその変更案を提案する
- e) 理事会に対し、基金業務の進捗状況および決議と指示事項の遂行状況を定期的に報告する。
- f) 理事会の指示に従い、職員を採用し、仕事を与え、また解雇する。
- g) 理事会の事前了承を得て、自然人または法人、公人または私人、チリ人または外人または国際人、と身体障害者の復帰と開発に関する研究の契約を結ぶ。
- h) 理事会の決議と指示に従い、各種物品を取得・譲渡・保管・管理し、直接、間接に基金の目的と職務を遂行することを目指すすべての活動を展開し、あるいは契約を締結する。
- i) 専門業務を実施するため有資格の弁護士に権限を委譲し、また民事訴訟の法典第7条の両段落に示す権限をこれに委ねる。
- j) 仕事の一部を基金の他の職員に任せる。
- k) 一般に、基金が順調に進むに必要な他の業務を遂行する。

**第 61 条** 総裁は国民身体障害者基金の理事会に発言権をもって出席し、特別委員としての役割を果たす。

**第 62 条** 国民身体障害者基金の従業員は専ら労働法とその補足基準に従い仕事を進める。

**第 63 条** 国民身体障害者基金は共和国総検査院の会計監査を受ける。

## 第 VIII 編

### 一般条項

第 64 条 法律第 18989 号に次の修正を加えるものとする。

a) 第 2 条に新たに次の句 h) を挿入する。

“h) 身体障害者、および社会における他の傷つきやすいグループの現状分析に関し基礎的研究を行う；このテーマに関する方策と基準を提案する；これらの人々あるいはグループの社会復帰に役立つ分野間プログラムと特定プロジェクトとを関連づけ、かつ調整する。”

b) 第 2 条において現行の句 h)、i) はそれぞれ句 i)、j) に繰下げる。

c) 第 4 条に第 4 段落を次のとおり挿入する。

“本法律の第 2 条、h) 句が企画協力省に委任する職務の展開は社会部にとって特別の関心事である。”

第 65 条 法律第 18989 号第 2 条、h) 句に定める職務を遂行するため、企画協力省の陣容を 12 ポストだけ増強する。その職務、職位、等級およびポスト数は次のとおりである。

- a) 管理業務： 部長、 4 等級、 1 名
- b) 専門業務： 専門職、 5 等級、 1 名
- c) 専門業務： 専門職、 6 等級、 1 名
- d) 専門業務： 専門職、 7 等級、 2 名
- e) 専門業務： 専門職、 8 等級、 7 名

## 暫定条項

**第1条** 国家テレビジョン理事会は、本法律の発効から 180 日以内に第 19 条に示す基準を適用するものとする。

**第2条** 第 IV 編、第 II 章の条項は、文部省令で承認された条令が官報に公示されてから 12 年の間に徐々に適用するものとする。文部省は教程の改定と適合化、小グループ設定の優先順位あるいは要因、教育施設、および法律と本章の条項の適用に必要な他の全基準を決定する方式を確立するものとする。

**第3条** 第 52 条に示す基金は本法律発効から 180 日以内に FONADIS 理事会の提案に基づき事実上、共和国大統領が発する定款により統制されるものとする。このため、同理事会は本法律発効から 15 日以内に組織されるものとする。

**第4条** 国庫の現予算科目から \$ 600,000,000 の金額が FONAIS あてに支出され、これが基金の資本金を構成するものとする。

共和国憲法第 81 条、第 1 項の規定に基づき、これを承認し裁可することが適当と考えるが故に、ここに共和国の法律として公布し施行するものとする。

サンティアゴ、1994 年 1 月 5 日

パトリシオ・アイルウィン・アソカール  
共和国大統領

セルヒオ・モリーナ・シルバ  
企画協力大臣

アレハンドロ・フォクスレイ・リオセコ  
大蔵大臣

以上をご参考のため、転写したものであります。

カルロス・フエンサリーダ・クラロ  
企画協力省次官



厚生省

身体障害者の評価および認定  
に関する条令の承認

---

## 省令第 2505 号

(1995 年 3 月 7 日の官報に公示)

サンティアゴ、1994 年 9 月 16 日。

法律第 19284 号第 3 条および共和国憲法第 32 条第 8 項に鑑み、

### 省 令

身体障害者の完全社会復帰の達成を目指す法律第 19284 号（以下、単に「法律」と称する）  
に示す身体障害者の評価および認定に関連し、次の条令を承認する。

### 第 I 編

### 定 義

**第 1 条** 法律第 19284 号第 3 条の適用により、身体障害者は、これと同じ年令、性別、  
訓練、社会・家族・地域の条件を持つ障害のない者と同じ環境条件を得る完全な資格を持  
つべきものとする。

**第 2 条** 次に示すものは教育上、労働上、社会復帰上の身体障害者と理解される。

- a) 教育上の身体障害者とは、その特殊性から、真に教育の可能性を保証するためには教程を改定せねばならないという学習上の特別条件を必要とする者のことである。
- b) 労働上の身体障害者とは、性別、年齢、養成、および訓練の条件が同様であっても、障害のない労働者が得る報酬と同じ程度の報酬が得られる仕事に就いたり従事したり出来ない者のことである。
- c) 社会復帰上の身体障害者とは精神的または知的、肉体的および（または）感覚的な欠陥のため人間社会、家族および（または）社会に形成されるグループの本来の活動に同化する能力に低下を来し、かくて年齢、性別、養成、訓練、社会・家族・地域の条件が同様である障害のない者と比べ、自らを物質的、精神的に実現する可能性が低くなった者のことである。

**第3条** 精神的・知的、肉体的および（または）感覚的分野において、少なくとも、次の欠陥の何れかを示す時は、教育、労働、社会復帰に関し、人の能力が3分の1だけ低下しているものと見なされる。

- a) 精神的または知的欠陥：世界保健機構によって有効とされ、個別に管理されたテストにより測定された知的能力が知能指数の70ポイント以下である人が示す欠陥、および（または）通常の行動に永久的と見られる錯乱を示す欠陥である。
- b) 感覚的欠陥：年齢、性別、養成、訓練、社会・家族・地域の条件が同様である障害のない者が本来の活動を展開するために要する能力を、少なくとも、3分の1だけ低下させるような視力、聴力または発声の欠陥である。

視覚および聴覚の欠陥は、眼と耳を矯正した場合の改善度を考慮して判断される。

- c) 肉体的欠陥：年齢、性別、養成、訓練、社会・家族・地域の条件が身体障害者と同様である障害のない者が本来の活動を展開するための肉体的能力を、少なくとも、3分の1だけ低下させるような欠陥である。

## 第 II 編

### 身体障害者の診断手続き

**第 4 条** 身体障害者、その代理人、または企画協力省の要請に応じて、保健サービスに関する予防医学・障害委員会（以下、COMPIN と称する）およびこの趣旨で厚生省が認めている公共または民間の諸機関は身体障害者の症状を評価、確認、判定、表明するものとする。同様に、新たに欠陥や障害が現れたり既往症が悪化した場合は再評価を行うものとする。それぞれの要請について身体障害の原因をなす妨げや欠陥を示さねばならない。

審査・判定の過程にある身体障害者は、申請書の処理保留の通告を受ければ、出席に支障があることを証明せぬ限り、COMPIN の指定する試験と面接を受けるべきものとする。処理保留となれば、6 ヶ月間は手続きが行われないものとする。

**第 5 条** 評価の基礎として役立つ報告書は、少なくとも、次のことに言及していなければならない。

- a) 既往症の概要、身体検査および審査の補助手段
- b) 障害の種類とその程度の表示
- c) 障害を起こす欠陥
- d) 身体障害者が持つ適性・能力と今後伸ばし得る適性・能力
- e) 診断された者の人柄と家庭環境
- f) 受けるべきリハビリテーションの一般的特徴
- g) 再評価の周期

上記事項の中、どれかが欠けていたり、解決には不十分であったりすると、その報告書はそれぞれの COMPIN から報告を提出した評価機関へ返送されるものとする。この場合、返送の日から 25 日以内に要請された情報を提供するものとする。

**第 6 条** 当事者の住居が同一の敷地内にある場合、身体障害者の証明を行うことは COMPIN の責務とする。

この証明は厚生省が作成し支給する文書 1 つだけで実施される。

この文書には当事者、専門職および（または）身体障害者の審査方法に責任のある機関、から出される症状識別の経過がすべて記録される。さらに、既往症の概要、身体検査および審査の補助手段も書き込まれる。

**第 7 条** 法律により与えられる職務を遂行するため COMPIN は次のことが出来る。

- a) 必要であれば、身体障害者の評価手続きを実施中の担当者をその住居に訪問すること。
- b) 国民保健サービスシステムの他の専門職に依頼して相談し合ったり報告を求めたりすること。
- c) 全国何処の介護施設や他の公共、民間機関にでも診察報告やコピーを要請すること。
- d) それが好都合と考えられるならば、スポンサー機関の専門職や代表者にそれぞれのケースを発表する会議に参加してもらうように取り計らうこと。
- e) 身体障害者の治療に加わった公共、民間組織および（または）専門医に診療経緯や他に必要と考えられるものを要求する。

身体障害者の治療に加わった公共、民間組織および専門医は、法律第 9 条の規定により、情報要請書の発送から 15 日以内に、その求められた情報を提供する義務がある。

**第 8 条** 当事者またはその代理人は市民登録・識別サービスへ提出して、国民身体障害者名簿に登録してもらうため、身体障害者の資格証明を発行するようそれぞれの COMPIN に要請することが出来る。

**第 9 条** 法律が与える恩典と免除を欲しいと思う身体障害者はすべて、国民身体障害者名簿からの証明書に加え、法律第 7 条に示す COMPIN からの証明書を厚生省かその出先機関に持参しなければならない。

特殊教育への参加は、その教育施設が普通のものであれ特殊なものであれ、方式や関連する施設、さらにこの教育の時間が文部省の多専門職チームからの報告書に基づいて決定される。ただし、法律が COMPIN に与える職権とその発行する証明書はこの限りでない。

**第 10 条** 当事者が決められた再評価へ不当に出席しなかったり、その完全回復に導くリハビリテーションの過程を度々、不当に放棄する時は、身体障害者認定が完全に失効するものとする。

それぞれの COMPIN は、実際、このような人々の国民身体障害者名簿への登録を抹消するよう市民登録・識別サービスへ働きかけるものとする。

リハビリテーション過程を担当する機関は公共、民間の別なくこの過程を度々、不当に放棄する身体障害者がおれば、そのことを COMPIN へ通知するものとする。

**第 11 条** 証明書の取得に必要な健康給付金の融資に関しては法律第 18469 号の条項が適用される。

**第 12 条** 身体障害者の状態の判定、確認、評価、表明を、対応する基準に従って、行うことを業とする公共、民間の諸機関に承認を与えることは厚生省の責務である。

記入し、登録し、通知し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タゲル

共和国大統領

カルロス・マサド・アブド

厚生大臣

ルイス・マイラ・アギレ

企画協力大臣

エルネスト・シーフェルバイン・フエンサリーダ

文部大臣

ホルヘ・アラータ・マクニベン

労働大臣

## 省令第 1137 号

(1994 年 11 月 23 日の官報に公示)

サンティアゴ、1994 年 8 月 8 日。

法律第 19284 号第 46 条、第 47 条、および共和国憲法第 32 条第 8 項により授けられた権限に鑑み、

### 省 令

国民身体障害者登録に関する条令を次のとおり承認する。

#### 第 I 編

#### 一般条項

**第 1 条** 市民登録・識別サービスはその機械化されたシステムの中央データに基づき国民身体障害者登録を行うものとする。国民身体障害者名簿には、登録を申請し、かつそれぞれの保健サービスに関する予防医学・障害委員会により身体障害者であることが表明されたすべての人々が登録されるものとする。

**第 2 条** 登録の対象は、さらに、自然人または法人で、リハビリテーション、生産、教育、訓練、慈善、同業組合、労働組合の組織、および一般に身体障害者と活動を共にし、ある

いは関係がある全ての人々とする。

市民登録・識別サービスは、上記登録を行うため、企画協力省あるいは法律第 19284 号に示す身体障害者に関係する他のどの公共団体に対しても経緯を要求出来るものとする。

## 第 II 編

### 国民身体障害者名簿への登録手続き

**第 3 条** 予防医学・障害委員会により身体障害者であることが表明された人々は市民登録・識別サービス事務所に対し国民身体障害者名簿への登録を要請出来るものとする。

また、上記登録を予防医学・障害委員会に要請することも出来るものとする。同委員会は市民登録・識別サービスが渡すべき記入様式を持っており、身体障害者はこれに登録を希望するむね記入出来る。記入された様式は、法律の定めに従って登録が行われるように、身体障害者であることを表明した証明書と一緒に同サービスへ送付される。

上記段落に示した手続きは、登録の希望を述べた台帳に必要な証明書を添付して送ることによっても出来るものとする。

市民登録・識別サービスは、当事者がその事務所に直接来て登録を要請した場合、必要とあれば、身体障害者資格の確認を予防医学・障害委員会に要請出来るものとする。

**第 4 条** 予防医学・障害委員会によって身体障害者と表明された人々の登録には少なくとも次の記述があるものとする。

1. 登録者の戸籍簿に対応する登録番号
2. 登録者の氏名
3. 登録者の生年月日



4. 登録者の性別
5. 登録者の住所
6. 登録者の職業活動
7. 0%から100%で表した精神的または知的障害度
8. 0%から100%で表した感覚的障害度
9. 0%から100%で表した肉体的障害度
10. COMPIN 最新の見解書番号と日付け
11. 次期再評価の年月日
12. 必要ならば、登録の抹消

新しいデータを追加登録するかどうかは、技術的・予算的事情を考慮し、市民登録・識別サービス局長が決定する。これを行うため、企画協力省および（または）厚生省に処理すべき経緯資料を要請することが出来るものとする。

**第5条** 法律第19284号 No.2 第47条に示す身体障害者に関する自然人および法人の登録には次のものが含まれる。

1. 登録者の戸籍簿に対応する登録番号、法人の場合は納税簿に対応する登録番号
2. 登録者の氏名または会社名
3. 登録者の住所

4. 職業活動

5. 職業活動

6. 必要ならば、登録の抹消

### 第 III 編

#### 保証書および証明書

**第 6 条** 市民登録・識別サービスは登録が終ると、国民身体障害者名簿へ登録済みであることを示す保証書を発行し、これを身体障害者の登録住所へ送付するものとする。

**第 7 条** 保証書は四角形で、封印付の紙上に機械で打ち出されており、その中には、完全に登録者個人にあてて、少なくとも障害の種類と再評価の必要性が記入されている。

法的効果については、この保証書は国民身分証明書を提示すれば有効となる。

**第 8 条** 市民登録・識別サービスはコンピューター化された証明書を発行するが、これには国民身体障害者名簿へ登録された事実と注記が収められている。

この証明書は有効期間 180 日であるが、法律第 19284 号に示す恩典を受けるためには、市民登録・識別サービスの登録担当者に直接、またはそこへ行く用事がある個人や機関に依頼して、受取ることが出来るものとする。

**第 9 条** 市民登録・識別サービス局長の決定により、同組織が発行する保証書と証明書の記述内容が固定されるものとする。

**第 10 条** 市民登録・識別サービスは証明書、保証書および情報提供に対し、1978 年政令第 2136 号に規定された料金を徴収するものとする。

## 第 IV 編

### 登録内容の訂正および補足

第 11 条 登録についての誤り・脱落の訂正および補足は、職権であるいは要請を受けて、市民登録・識別サービス総局長が許可するものとする。

市民登録・識別サービス総局長は、管理系統を通じて、明らかな脱落・誤りのある記述を訂正するよう命じることが出来るものとする。

各記述、その元となった経緯、または補足を一読して引出される結論は、明らかな脱落・誤りがあることで、間違っただけのものになっている。

記述の訂正を要求できるのは、その担当者、法的代理人または受託者だけであるが、実際に根拠となる書類を出すことが必要となる。記述への補足を要求出来るのは予防医学・障害委員会および企画協力省だけである。各要請書は市民登録・識別サービスのどの事務所へ出してもよいものとする。

登録し、記入し、通知し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タグル

共和国大統領

マリア・ソレダ・アルベアール

法務大臣

ルイス・マイラ・アギレ

企画協力大臣

カルロス・マサド・アブド

厚生大臣

エドアルド・ハラ・ミランダ

法務次官

## 省令第 141 号

(1994 年 7 月 2 日の官報に公示)

サンティアゴ、1994 年 5 月 31 日。

政令 1974 年第 557 号、法律第 18059 号・第 18290 号、法律第 18696 号第 3 条、法律 19284 号第 23 条および共和国憲法第 32 条第 8 項に鑑み、

### 省 令

**第 1 条** 運輸通信省令 1992 年第 212 号（運輸部門）を次のとおり修正するものとする。

a) 次の文面に第 26 条の 2 を加える。

“第 26 条の 2：レンタカーを除き、都市内および地方の距離 50 k m までの集合交通サービスにおいては、身体障害者が使用するために用意に近づける座席を確保せねばならない。座席数は少なくとも 10 座席に 1 つあることが望まれる。本条の第 2 段落に従い、地方局長が立ったままの乗客 20 人までの交通機関を認可する時は、同じ義務が地方におけるさらに長距離のサービスにも適用されるものとする。

座席は、車の内部側面でこれら座席に対応する所に、マーク表示するものとするが、このマークについては後に示す。

マークは、少なくとも一辺 10 c m の青い方形に白色で画き込んだ次の形のものとする。  
なお、これら座席には「身体障害者の優先席」という表示文をマーク近くに置くものとする。

b) 第 42 条を廃止する。

**第 2 条** 本省令は官報で公布してから 45 日後に発効するものとする。

記入し、登録し、公布せよ

エドワルド・frey・ルイス-タグル  
共和国大統領

ナルシソ・イルレータ・アブルト  
運輸通信大臣

国内テレビジョン審議会

テレビジョン放送の音声情報に聴覚障害  
を覚える市民に対する基準の制定

---

## 国内テレビジョン審議会決議

(1994年7月9日の官報に公示)

サンティアゴ、1994年6月30日。

共和国憲法第19条第12項、法律第18838号第1条・第33条・第34条および法律第19284号暫定第19条・第1条の規定に鑑み、国内テレビジョン審議会は、聴覚障害者に情報を提供する視聴覚通信技術の適用に関する次の基準を制定することに同意する。

**第1条** 国産のニュースを送信するテレビジョン放送サービスは各々、聴覚障害者にも解かるニュースプログラムを毎日少なくとも一つは視聴覚通信技術で放送すべきものとする。

**第2条** ここで用いる技術は聴覚障害者が情報を十分に受信するため一般に使用されているようなものとする。

**第3条** テレビジョン放送サービスで受信が自由なものは、また該当するならば制限付受信のものも、本基準公布から30日以内に、第1条の規定を満足するために採る具体的方法を国内テレビジョン審議会に通知すべきものとする。

**第4条** テレビジョン放送サービスは、本基準公布から90日以内に、上記放送を開始すべきものとする。

第1条で課した義務は、各テレビジョン放送サービスが、聴覚障害者のために、毎日の主要ニュースの要約版を少なくとも一度放送するようになった時、果たされたものと見なす。

**第5条** 技術的理由から、あるテレビジョン放送サービスが上記に示す期限を満たす条件にない場合は、国内テレビジョン審議会に期間延長を申し出るものとする。

審議会は申立てられた理由を検討した上で、この延長を一度だけ最長180日間与えることが出来るものとする。

**第6条** 本基準に違反する時は、法律題18838号、第V編に含まれる実質的訴訟条項に照らして制裁を加えられる。

**第7条** これら基準は官報にて公布する日から発効するものとする。

官報にて公布すること。本基準が国内テレビジョン審議会により1994年6月27日の会議で承認されたことを確認する。

チリ国サンティアゴ市、1994年6月30日

マリオ・マウリシオ・モラーレス・ディアス

国内テレビジョン審議会専務理事

## 大蔵省令第 940 号

(1994 年 12 月 6 日の官報に公示)

サンティアゴ、1994 年 9 月 29 日。

法律第 17238 号第 6 条、法律第 19284 号第 39 条および共和国憲法第 32 条第 8 項に鑑み、

### 省 令

**第 1 条 (本条のみ)** 身体障害者のための車両輸入を規定した、大蔵省令 1970 年第 1950 号を次のとおり修正する。

1. 第 1 条を次により置き換えるものとする。

**第 1 条** 本条令の適用にあたり、身体障害者とは、先天的または後天的原因により、片下肢または両下肢の機能が制限されて、正常な歩行が永久に出来ない障害を持つ者、および、これに加えて上肢の一方が完全に効かない者のことであると理解するものとする。ただし、何れの障害も外科手術を受けても良くならない場合を前提としている。

かかる障害は、身体障害者が集合輸送機関を利用出来ず、仕事に参加することも出来ず、また適切で完全なリハビリテーションのために役立つ勉強や授業を続けることも出来ない程のものであるか、あるいはこれら日常の交通機関を利用することで障害が悪化するようなものであるに違いない。

2. 第 3 条 a) 句において、「両下肢の機能を制限する…」という表現を「下肢の一方の



機能を制限する…」という表現で置き換えるものとする。

3. 第3条c) 句の第2段落と第3段落を抹消するものとする。

4. 第4条を次により置き換えるものとする。

**第4条** これら車両を輸入する身体障害者は常勤の労働者か、国立または国の認める教育施設から間もなく卒業する人々や国立または国の認める組織でリハビリテーション中の人々でなければならないものとする。

5. 第8条を次により置き換えるものとする。

**第8条** 大蔵省は、共和国大統領の命令により大蔵次官が署名した決議を以って、輸入税を免除するものとするが、車両の輸入は当事者がそれぞれ次に示す文書を申請書に添付して事前に提出することにより認可される。

a) 法律第 17238 号第 6 条に示す保健サービスの予防医学・障害委員会の証明書

b) 国民身体障害者名簿登録の有効性を示す証明書

c) 国民身分証明書の写し

d) 自動車運転免許証の写し

運転免許証には法律第 18290 号の条項どおりに、その資格に影響する必要条件が記載されていなくてはならない。

e) この条令が示す免除を以前に受けた回数が記載されている公証人に対する宣誓書

f) 以前に免除を受けたことのある者は車両を最後に輸入した日付けを確実に証明する文書を添付すべきものとする。

- g) 従業員として働く身体障害者は最寄の予測標準化協会または年金基金管理者から受取った証明書によってその資格を証明すべきものとする。
- h) 独立して働く身体障害者は所得税の最新の年度申告書写しを添付してその仕事を証明すべきものとする。
- i) 国立または国の認める組織でリハビリテーション中の身体障害者は、現在リハビリテーションをしている組織から与えられる証明書でこの立ち場を証明すべきものとする。
- j) 国立または国の認める教育施設で勉強中の身体障害者は、現在勉強している施設から与えられる証明書で学生の身分を証明すべきものとする。
- k) 労働災害または職業病の結果として身体障害者となった者は、労働災害または職業病の発生を表明した医療委員会の決議書の写しを添付すべきものとする。

記入し、登録し、通知し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タグル  
共和国大統領

エドワルド・アニナート・ウレータ  
大蔵大臣

## 運輸通信省令第 249 号

(1994 年 12 月 1 日の官報に公示)

サンティアゴ、1994 年 9 月 29 日。

法律第 19284 号第 6 条およびチリ共和国憲法第 32 条第 8 項に鑑み、

### 省 令

**第 1 条** 現在の公共輸送機関に安全に乗込める状態にない身体障害者を集合輸送する専用の車両を輸入することに関心がある自然人または法人、および職務遂行の一環として身体障害者を介護しており、これを私的に集合輸送する車両を輸入するため、法律第 17284 号第 6 条に関連する法律第 19284 号第 39 条の第 3 段落に定める免除の恩典を受けることに関心がある非営利法人は、運輸通信省またはそれぞれの地域を管轄する運輸地域事務所に次の情報と経緯を添付した申請書を提出するものとする。

a) 申請者の個人情報

\* 自然人：氏名、住所、国民身分証明書の公印付写し

\* 法人：公的信任状、法人設立と有効性、法的代理人の氏名と住所、これが設立経緯から不明の時は代るべき確認資料

b) 法律第 19284 号第 V 編に述べる国民身体障害者名簿へ当事者が登録されていることを示す証明書

c) 現有車両に関する次の情報

- タイプ、車種、型式および製造年度

- 大きさ

なお、車両のカタログおよび装備すべきアクセサリーの詳細を示すため、当事者の居住地域を管轄する予防医学・障害委員会 COMPIN からの報告書を添付するものとする。

d) 車両を使用する対象となるサービス

- サービスを提供する地方名および都市名

**第2条** 本条令にいう車両は交通に関する法律第18290号の一般基準、および対象とする車両の種類に応じて適用される運輸通信省の特別条項を満足するものとするが、座席容量は運転席を含め最少9座席が必要であり、老朽度は輸入した年を除き過去10年を超えてはならない。

**第3条** 運輸通信省は当事者が提出した経緯を分析し、問題がなければ、決議によって車両の輸入を表明し、各COMPINの報告書に応じて仕様を決めるとともに、対象となるサービスおよび装備すべきアクセサリーを記録に留める。

**第4条** 本条令によって輸入される車両は車体外部の後部と側面に、少なくとも、一辺30cmの青い方形に白色で画き込んだ、次のマークを表示するものとする。

さらに、車体の前面には同じマークを半分に縮めたものを貼り付けるものとする。

**第5条** 輸入の恩典を受けた者は、本条令が示す基準が満足される度合いを管理する趣旨に沿って、それぞれ車両を輸入した日から数えて60日以内に、そのむね文書に明示し、運輸地域事務所にある専用の台帳に登録すべきものとする。この際、文書には次の経緯と情報を添えるものとする。

- \* 自動車登録簿における現在の記録内容または登録申請の公印付写し
- \* 法定整備の証明書
- \* サービス提供に伴う1週間あたり稼動状況の概要：走行距離、時間割、走行時間
- \* 保管場所の所在地

上記段落で述べた台帳には、車両とその所有者の識別データ、車両で提供するサービス、輸入年月日、また保管場所の所在地が示されるが、所有者はこの台帳に記録された情報に何か変更を生じた時は、これを通知するものとする。

車両の輸入後5年経つと、所轄の運輸地域事務所はこの条で述べた台帳からそれを抹消する。しかし、もしも当事者が輸入の際に支払いを免除された関税、国内税、手数料等の課徴金を全額支払うむね文書で保証するならば、5年経たなくともその抹消が行われる。

**第6条** 運輸通信省の検査官は本条令に示す車両とその提供するサービスを検査する。ただし、チリ国境警備隊の検査はこの限りでない。

**第7条** 本条令にに関連する法律第19284号の基準について違反が発覚した時は、これを運輸通信省から税関と企画協力省に通知するものとする。

記入し、登録し、通知し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タゲル

共和国大統領

ナルシソ・イルレータ・アブルト

運輸通信大臣

## 省令第 40 号

(1995 年 6 月 20 日の官報に公示)

サンティアゴ、1995 年 4 月 12 日。本日、次の省令を公示す。

政令 1975 第 458 号、都市計画・建設総則、政令 1976 年第 1305 号、法律第 19284 号第 21 条およびチリ共和国憲法第 32 条第 8 項により授けられた権限に鑑み、

### 省 令

**第 1 条 (本条のみ)** 政令 1992 年第 47 号により条文が定められた都市計画・建設総則を次のとおり修正することとする。

I. 第 1.1.2 条のアルファベット番号の付いた句に次の用語とその定義を追加する。

『身体障害者：先天的であれ後天的であれ、肉体的、精神的または感覚的な欠陥で明らかに永久的なものが 1 つ以上あるため、また、これとは別の原因によって、教育上、労働上または社会復帰上の能力が 3 分の 1 以上欠けている全ての人々』

II. 第 2.2.8 条を次のとおり書き換える。

『**第 2.2.8 条** 公共の場所で身体障害者が容易に移動出来るように、少なくとも次の規定を満たさねばならない。

1. 車道の交叉点の角にある横断歩道と専用歩道間のレベル差は滑止め付き傾斜材料で補うものとするが、その勾配は12%を超えてはならず、長さは最大2m、幅は最小90cmとする。
2. 身体障害者が車椅子で通れるように歩道には十分な幅員をとるものとする。この幅員は出来るだけ傾斜のない設計とし、平らに舗装せねばならない。車椅子の進行を妨げる継ぎ接ぎや邪魔物があつてはならない。また、膨張対策の接続ヶ所は幅2cmを超えてはならない。
3. 横断歩道に接する専用歩道に置かれている手動信号機の制御器は、歩道面から90cm以下の高さに取付けねばならない。
4. 公衆電話、通報機、防護設備など公共の場所に置かれる都市用設備は身体障害者に適した条件のものでなければならない。
5. 公共の駐車場では、駐車位置の100に1つは身体障害者用のものとし、幅は3.3m以上、長さは5m以上で、そのむね表示しておくものとする。』

III. 第 2.2.4 条項 7 を次のとおり書き換える。

『7. 入口と歩道とが接する部分にレベル差があつてはならない。この部分の舗装には歩道と異なる織目付きの滑り防止材料を使い、両側に1mずつ広げねばならない。この条件は、地域によって、公共調整計画または区画計画により増加されることもあり得る。これら計画は、1984年3月3日付け官報で公示れた政令1984年第12号により承認された都市道路マニュアルの第3巻「都市道路基盤の設計に対する勧告」、第3402.5節「交叉点交通用機器」に記載された諸条件に従い策定されたものである。』

IV. 第 4.1.7 条を次のとおり書き換える。

『第 4.1.7 条 身体障害者が接近したり移動することを容易にするため、平等不動産法

に基づくビル、即ち公共の用に供するビルは少なくとも次の条件を満たさねばならない。

1. 少なくとも、ビルへ通じる扉は歩道のレベルから容易に近づけるものでなくてはならない。幅は 90cm 以上あって、30cm 以上の高さからの衝撃に耐える 石を用いるものとする。扉は回転式であってはならない。
2. 入口部分が歩道のレベルと合わない時は、滑止め付き傾斜材料か機械的装置で救済せねばならない。
3. 一般人の使う構内に段差が出来る時は、滑止め付き傾斜材料か機械的装置で救済するものとするが、これはエレベーターか同様に使える荷物用エレベーターがある時だけは自由選択となる。
4. 滑止め付き傾斜材料は、移動用の継目のない最低 90cm 幅のものとする。勾配は長さが 2 m 以内の時、12% を超えてはならない。長さを伸ばす必要がある時は勾配が減少し、長さが 8 m になると勾配は 8 % まで減少する。

百分率で表した最大勾配は傾斜材料長  $L$  (m) の関数として次式で計算される。

$$13.14 - 0.57L$$

さらに、長く伸ばす必要がある場合は、長さを 8 m ごとに分けて、その間に最低 1.5m 長の踊り場を設けねばならない。

長さが 2 m を超える時、傾斜材料は高さ 90cm の連続手摺りを少なくとも 1 つ備えていなければならない。

膨張対策の接続ヶ所が必要な時、その幅は 2 cm を超えてはならない。



5. 傾斜材料およびテラスと周囲スペースとの間に1 m以上のレベル差がある時は、これらを高さが最低30cmの土台石で縁取らねばならない。
6. 階段があることが眼の不自由な人にも分るように、階段へ向かう床の表面は約50cm幅にわたって他と異なる織目で縁取らねばならない。
7. 主要入口、ロビーおよび通路には床へ粘着しない絨毯や敷物を敷くことは許されない。敷き終わった床には2 cmを超える高低があってはならない。
8. 一般人が使用し、あるいはその用に供する構内へ通じる通路は最低1.4mの幅を持つものとする。
9. エレベーターがある場合、少なくともその中1つのドアは最低85cmの幅がなければならない。エレベーター内部の広さは、少なくとも、奥行き1.4m、幅1.1mとする。
10. エレベーターの床と入口の床の間には2cmを超える隔離があってはならず、またレベルは同一でなければならない。
11. エレベーターに面する場所の面積は最低1.4m x 1.4m とするが、これは一般エレベーターに面するスペースに関するこの法令の第6.1.7条の規定と一致せねばならない。
12. 身体障害者用のエレベーター制御ボタンは最大1 mから1.4mまでの高さとする。階番号や必要な注意書は目立ったものとせねばならない。停止時間は車椅子の身体障害者や眼の不自由な人が乗り降りするに十分なものでなければならない。
13. 身体障害者用のエレベーターも公衆トイレもそれぞれの国際シンボルを付けねばならない。

14. 公衆電話がある時は、『最低5台に1台、また必ず1台は車椅子の人が使えるようにせねばならない』。

V 第4.2.1条第1段落の続きに次の第2段落を入れ、現在の第2、第3段落はそれぞれ第3、第4段落に繰下げる。

『その高さが、前条に述べたビルから直ぐ近くの地面のレベルから1m未満の時は高さが最低30cmの土台石で縁取るものとし、また直ぐ近くの舗装のレベルから30cmを超える時は約50cm幅にわたって舗装と異なる織目で縁取るものとする。』

VI 第4.4.1条に次の段落を加えること。

『車椅子で入って支障なく動くことが出来、また使い勝手のよい設備が整った、身体障害者トイレ専用の区画を設けなければならない：

1. 無料診療所と総合病院
2. 診療所と保健所の患者を宿泊させる部門
3. 50人以上の患者を収容する病棟、さらに患者50人ごとに1病棟を追加』

VII 第4.5.8条3項の最後から2番目の段落で数字『600』を『300』で置き換える。

VIII. 第4.7.3条の第3段落に下記を追加する。

『この章で扱うビルには車椅子が通れる場所の面積の少なくとも1%に相当する車椅子専用のコーナーを設けねばならない。』

IX 第4.7.21条のNo.4において『水洗トイレ1ヶ所』という表現を『水洗トイレもう1ヶ所』という言い回しで置き換える。

X 第 4.7.21 条に次の段落を加える。

『劇場など大勢の人が集まる所では、車椅子で入って支障なく動くことが出来、また使い勝手のよい設備が整った、身体障害者トイレ専用の区画を設けなければならない。この区画は 200 人を超えるごとに 1 ヶ所追加せねばならない。』

XI 第 4.8.1 条に次の段落を加える。

『この章で扱うビルにはそれぞれの面積の少なくとも 1 %に相当する車椅子専用のコーナーを設けねばならない。』

XII 第 4.8.5 条に次の段落を加える。

『同様に、スポーツ場、公共体育館、ボクシングジム、その他の体育施設でも、車椅子で入って支障なく動くことが出来、また使い勝手のよい設備が整った、身体障害者トイレ専用の区画を設けなければならない。この区画は 200 人を超えるごとに 1 ヶ所追加せねばならない。』

XIII 第 4.9.16 条の続きに次の新しい条を加える。

『**第 4.9.17 条** 50 ベッドを超える容量を持つホテル用のビルは、車椅子の身体障害者が使えるトイレを持つ寝室が少なくとも 1 室なければならない。』

XIV 第 4.10.2 条の続きに次の新しい条を加える。

『**第 4.10.3 条** 商品センターの駐車場、通路およびトイレには身体障害者用の設備をもつスペースを設けねばならない。』

XV 第 4.11.9 条の続きに次の新しい条を加える。

『第 4.11.10 条 セルフサービスを提供するレストランの駐車場、通路およびトイレには身体障害者用の設備をもつスペースを考慮せねばならない。』

XVI 第 4.14.12 条第 1 段落を次の 2 つの段落で置き換え、現在の第 2 段落を第 3 段落に繰下げる。

『工場は、少なくとも、現行法に従い厚生省が作業場に要求する設備数のトイレを持つものとする。』

また、駐車場、通路およびトイレには身体障害者用の設備をもつスペースを設けねばならない。』

記入し、登録し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タゲル

共和国大統領

エドムンド・エルモシージャ・エルモシージャ

住宅都市計画大臣

住宅都市計画省

省令 1984 年第 62 号、省令 1986 年第 167 号  
省令 1988 年第 44 号、省令 1990 年第 140 号  
の修正

---

## 省令第 41 号

(1995 年 6 月 12 日の官報に公示)

サンティアゴ、1995 年 4 月 12 日。本日次の省令を公示す。

法律第 19284 号第 22 条、省令第 62 号・第 167 号・第 44 号・第 140 号およびチリ共和国憲法第 32 条第 8 項により授けられた権限に鑑み、

### 省 令

**第 1 条** 省令 1984 年第 62 号を次のとおり修正することとする。

- a) 第 9 条第 2 段落において『移動のため車椅子を必要とするあの身体障害修道志願者を介護するため』という表現を『その親しい信頼のおけるグループの中に移動に車椅子を必要とし国民身体障害者名簿に登録された仲間が一人以上いるあの修道志願者を介護するめ』で置き換える。また、『対応する保健サービスから与えられた医療証明書によって』という表現を『第 10 条第 3 段落 d) 句に示す形で』で置き換える。
- b) 第 10 条第 3 段落 d) 句において『肉体的または精神的に損なわれた 18 才を超える息子達』という表現を『法律第 19284 号により設立された国民身体障害者名簿に登録され、修道志願者と一緒にその負担で生活している 18 才を超える息子達』で置き換える。また、『さらにまた、この場合、対応する保健サービスから与えられた、悪影響を及ぼす障害を持っているという証明書で』という表現を『さらにまた、この場合、国民身体障害者名簿へ登録したという保証書で以って、または国民身体障害者登録の条

令を承認する法務省令 1994 年第 1137 号第 8 条に述べられた証明書および修道志願者と一緒にその負担で生活しているというその宣誓で以って』で置き換える。

c) 第 11 条第 1 段落 b) 句の『あるいは、女戸主は夫が肉体的か精神的障害であるため』という表現を抹消する。

d) 第 11 条第 1 段落 b) 句に次の語句を追加すること：

『もしも修道志願者または配偶者または親しい信頼のおけるグループの一人以上のメンバーが国民身体障害者名簿に登録されておれば、修道志願者としてさらに 10 ポイントが貰える。この障害は第 10 条第 3 段落 d) 句に示すように信頼を増すことになる。』

**第 2 条** 政令 1986 年第 167 号を次のとおり修正すること。

a) 第 14 条第 1 段落において『肉体的または精神的に損なわれた 18 才を超える息子達』という表現を『法律第 19284 号により設立された国民身体障害者名簿に登録され、修道志願者と一緒にその負担で生活している 18 才を超える息子達』で置き換える。また、『さらにまた、この場合、対応する保健サービスから与えられた、悪影響を及ぼす障害を持っているという証明書で』という表現を『さらにまた、この場合、国民身体障害者名簿へ登録したという保証書で以って、または国民身体障害者登録の条令を承認する法務省令 1994 年第 1137 号第 8 条に述べられた証明書および修道志願者と一緒にその負担で生活しているというその宣誓で以って』で置き換える。

b) 第 15 条の 3 で『あるいは、女戸主は夫が肉体的か精神的障害であるため』という表現を抹消すること。

c) 第 11 条の 3 に次の語句を追加すること：

『もしも修道志願者または配偶者または親しい信頼のおけるグループの一人以上のメンバーが国民身体障害者名簿に登録されておれば、修道志願者としてさらに 10 ポイントが貰える。この障害は第 14 条第 1 段落に示すように信頼を増すことになる。』

**第3条** 政令1988年第44号を次のとおり修正すること。

- a) 第10条b)句において『肉体的または精神的に損なわれた18才を超える息子達』という表現を『法律第19284号により設立された国民身体障害者名簿に登録され、修道志願者と一緒にその負担で生活している18才を超える息子達』で置き換える。また、『さらにまた、この場合、対応する保健サービスから与えられた、悪影響を及ぼす障害を持っているという証明書で』という表現を『さらにまた、この場合、国民身体障害者名簿へ登録したという保証書で以って、または国民身体障害者登録の条令を承認する法務省令1994年第1137号第8条に述べられた証明書および修道志願者と一緒にその負担で生活しているというその宣誓で以って』で置き換える。
- b) 第16条第1段落の5『あるいは、女戸主は夫が肉体的か精神的障害であるため』という表現を抹消すること。
- c) 第16条第1段落の5に次の語句を追加すること：  
『もしも修道志願者または配偶者または親しい信頼のおけるグループの一人以上のメンバーが国民身体障害者名簿に登録されておれば、修道志願者としてさらに10ポイントが貰える。この障害は第14条第1段落に示すように信頼を増すことになる。』

**第4条** 政令1990年第140号を次のとおり修正すること。

- a) 第6条c)句において『肉体的または精神的に損なわれた18才を超える息子達』という表現を『法律第19284号により設立された国民身体障害者名簿に登録され、修道志願者と一緒にその負担で生活している18才を超える息子達』で置き換える。また、『さらにまた、この場合、対応する保健サービスから与えられた、悪影響を及ぼす障害を持っているという証明書で』という表現を『さらにまた、この場合、国民身体障害者名簿へ登録したという保証書で以って、または国民身体障害者登録の条令を承認する法務省令1994年第1137号第8条に述べられた証明書および修道志願者と一緒にその負担で生活しているというその宣誓で以って』で置き換える。

b) 第 12 条第 1 段落 b) 句『あるいは、女戸主は夫が肉体的か精神的障害であるため』  
という表現を抹消すること。

c) 第 12 条第 1 段落 b) 句に次の語句を追加すること：

『もしも募金者または配偶者または親しい信頼のおけるグループの一人以上のメンバー  
が国民身体障害者名簿に登録されておれば、修道志願者としてさらに 10 ポイントが  
貰える。この障害は第 14 条第 1 段落に示すように信頼を増すことになる。』

記入し、登録し、公布せよ

エドワルド・フレイ・ルイス-タグル

共和国大統領

エドムンド・エルモシージャ・エルモシージャ

住宅都市計画大臣